３．途上国の事例

３－１　途上国の保健医療セクターの特徴

途上国に限らず、TQMの保健医療分野への適応を検討する場合、まず当該国の保健医療分野の特徴を明確にする必要がある。第２章までは主に先進国における議論が中心であったが、途上国への適用を検討する場合は、以下の点を念頭に置き、議論する必要がある。

①資源の圧倒的な不足
途上国においては、治療が必要な患者数に対して、医療従事者、薬剤、施設、情報が質・量ともに圧倒的に足りないという現状がある。また資源が圧倒的に不足しているため、公的医療機関の割合が圧倒的に多く、たとえ満足な治療が受けられなくても選択の余地がない状況である。
②アクセスの困難性
上記とあいまって、患者の生活圏において利用可能な医療資源が限られること、地域によってはまったくないということもある。また道路など交通インフラが整備されていないため、先進国と同等の地理的距離にもかかわらず、医療にアクセスできないという状況が発生しやすい。
③支払い能力の低さ
患者の大半は治療費に見合う収入を得てはおらず、支払いは困難である。医療費の大半は公的に賄われ、個人による支払いはほとんどない。またその財源は公的保険などを試みている国もあるが大半は税金である。実際には公的支出が十分ではないため医療資源の不足を招いている。また個人の支払いがない状況では医療は国からの施しであり、患者としての権利を主張するには至らない。
④医療従事者のモチベーションの低さ
医療資源の圧倒的な不足は医療従事者のモチベーションを下げる。また大半が公務員であることから、給与が低く、業務に対する責任感が希薄である。さらに多くの国では兼業が認められているため、自分のクリニックに比べ公的病院での業務に身が入らない場合が多い。
⑤感染症、傷害中心から、生活習慣病への移行（Epidemic Change）
世界的な保健医療分野の傾向として、感染症などの疾病から生活習慣病などへ変遷しており、途上国はその最中、もしくは両方の疾病が同時に流行しているという状況にある。そのため、双方の医療資源を求められることから、公的医療財源が逼迫する状況をさらにつくりやすくさせている。
このような特徴はTQMの適用に際して、マイナスに働く要因が多いと思われるが、必ずしもそうとは限らない。逆に言えば、上記特徴を適切に反映した上でTQMが実践できれば劇的な効果を生むことができるであろう。

３－２　スリランカ

本調査では、開発途上国の例の一つとしてスリランカを取り上げた。スリランカでは、ある病院長のTQMに関する独自の研究及び自分の病院における実践の結果、国策として公立病院にTQMが導入された経緯がある。
現地調査の結果、スリランカの病院におけるTQMは日本企業との関係が深いことがわかった。

スリランカの産業界では、既に、QC活動及びTQMが現地日本企業を中心に盛んに行われており、日本のQC活動のように全国的な表彰も実施されている。公共機関へのTQMの導入のきっかけは、日本の陶器メーカーのスリランカ工場にて実施されていたTQMを、その陶器メーカーの現地法人の社長が1990年代初頭にスリランカ開発・経営院（SLIDA）に紹介したことである。SLIDA研修コースの出身者であるカランダゴダ院長は、2000年に自分が院長として就任したキャッスルストリート女性病院にTQMを導入した。そしてその成果が認められ、国策として国立病院にTQMが導入されることとなった。

本章では保健・女性問題担当省における病院サービスの質改善への取り組み、及びTQM導入のきっかけとなったSLIDA、そしてTQMの実践例として２つの病院の活動を取り上げている。

３－２－１　保健医療行政におけるTQMの概要

保健・女性問題担当省（Ministry of Health and Women's Affairs）にはQuality Secretariatという、質文化の開発と促進をつかさどる部局がある。同事務局の局長はカランダゴダ院長であり、事務所もキャッスルストリート女性病院内にある。同事務局はカランダゴダ院長の活動を全国展開するために設置された事務局で、一病院長の活動が保健行政に大きな変化を与えた象徴である。職員は院長のほか２人である。

現在、同事務局では第三次病院における品質保証プログラム（National Quality Assurance Program: NQAP）を実施している。

NQAPは教育病院、州病院及びいくつかの県病院からパイロット病院を選択し、各病院の質管理部門（Quality Secretariat）を設置し、質改善を目指している。つまりキャッスルストリート女性病院の活動を全国レベルで実施するためのパイロット・プロジェクトである。

また世界銀行が実施している保健医療サービス・プロジェクトのうち病院の質改善にかかるコンポーネントを担当している。具体的には保健医療サービス・プロジェクト2005-2010（IDA/WB Health Services Project 2005-2010 Sri Lanka Health Sector Development Project）のサブコンポーネント2.4「病院の効率と質の改善（Subcomponent 2.4: Improving Hospital Efficiency & Quality)」であり、そのアウトプットとして「ウバ州及び南部州の病院へのCQI、及びTQMの開始」が求められている。（Output（product）4.1 CQI & TQM Initiation in Hospital in Uva & Southern Provinces in Sri Lanka)。

上記、世界銀行のプロジェクトの総予算は３億6000万ルピー[44]であるが、うちQuality Secretariat分は約7360万ルピーで、2005年分は総予算約１億200万ルピーのうち2520万ルピーがQuality Secretariatに割り当てられている。

「CQI及びTQMの開始」の中身は、各病院に質管理ユニットの設置、Quality Secretariatの機能強化、フィージビリティ調査及び現状調査、患者ケアに対するコミュニティの参加、精神的価値の促進運動、情報交換（国内外を含む)、全国展開へのプログラムのデザインなどが含まれている。

さらにWHOのワークプラン「Work Plan for 2004-05」では、ヘルス・サービス組織のなかのワークプランNo. SRL OSD003の期待される成果（Global Expected Result）No.644においてヘルス・サービスの質と提供の改善、サービス範囲と提供者のパフォーマンスの評価を行うための戦略、方法、ガイドラインが挙げられており、同事務局の業務である。具体的には「地方及び貧困層に対する保健医療サービスの質は、患者のニーズに対する無責任、薬品や物流システムの欠如、

[44] １ルピー＝1.07円（2005年初め）

表３－１　National Quality Assurance Program （NQAP）

Main Objective: Providing responsiveness health service to the people Objectives: ①Introduce an institutional monitoring mechanism to Teaching Hospitals, Provincial Hospitals and selected District hospitals ②Strengthen the middle level managers to develop managerial skills for the QA program ③Introduce Quality related data collection in Tertiary Care hospital e.g. Patients accidents and incidents, Re-admissions, Complications management Customer care, Human Resource Development Activities and Methodology ①Conduct workshop on developing Monitoring Mechanism in each institution ②Develop a core group at Quality Secretariat/Quality management Units to function as facilitator ③Developing education material ④Conduct monthly review meeting at institutional level ⑤Monthly reviews of Quality Secretariat Budget Approx. Rs. 700,000 Product ①Quality Secretariat will be organized to facilitate quality of care in pilot hospitals ②A standard review mechanism will be developed for the NQAP ③Institutionalize the monitoring mechanism at hospital level ④A Quality culture is developed in tertiary care hospitals

出所：NQAPのレポートを基に筆者作成。

表３－２　IDA/WB Health Services Project 2005-2010

Sri Lanka Health Sector Development Project Components ①Support to district health authorities to improve service delivery and outreach ②Support to central programmes and hospitals ③Support to policymaking, budget formulation and monitoring and evaluation ④Project management Subcomponents ①Family health programme and nutrition ②Immunization ③Non-communicable diseases and mental health ④Hospital efficiency and quality

出所：スリランカ政府からのプロポーザルを基に筆者作成。

検査サービスの不備、貧弱なリファレルシステム、一部の施設への集中、治療サービスへの傾倒など、十分な状況とはいえない。新たなモデルでは責任あるそしてニーズに合致したサービスを提供する必要がある。そして既存の保健医療サービスとプログラムの有効性と効率性をモニター及び評価する必要がある」と記載されている。つまり世界銀行のパイロット・プロジェクトが大規模病院のサービスの質の向上であったのに対して、WHOのプロジェクトは地方及び末端の保健医療サービスの改善をターゲットとしている。本ワークプランには、ヘルスケアワーカーのサービス改善のために１万9000米ドル、システム開発のために５万4000米ドルの予算が用意されている（表３－１、表３－２）。

３－２－２　スリランカ開発・経営院（SLIDA）

SLIDAはスリランカの公的サービスの問題（低品質、遅延、公的連携の貧弱性など）を解決するために設立された機関で、公的機関スタッフを対象とした卒後教育を実施しており、様々なトレーニングコース（オーダーメードも可）と修士課程（１～２年）がある。学費はトレーニングコースに関しては無料で、修士課程は１コース９万ルピーとなっている。現在、教育省からの補助金はほとんどなく、収入は修士課程の学費と各講師による民間企業へのコンサルティング業務によって賄われている。SLIDAは公的サービス向上の一手段としてコース内にTQMに関する講義を導入することを決め、アジア生産性機構（Asian Productivity Organization: APO）の支援を受け、シンガポールや日本に講師陣を派遣し、TQMのトレーニングを受講させた。そして1996年より病院経営コースにもTQMが導入され、多数の医師、病院管理者がTQMの知識を身に付けるに至っている。現在も年間10人前後の医師などが同修士コースにて学んでいる。スリランカの場合、公的機関の医療従事者には年金が充実していることから、その年金を棒に振ってまで、海外や民間病院に異動を希望する医療従事者は少なく、コース修了後の頭脳流出は起こりにくいということである。

３－２－３　病院におけるTQM

(1) キャッスルストリート女性病院

カランダゴダ院長は就任当初の2000年、院内の死亡率の高さに驚いた。その大半は院内感染など治療後の不適切な処置によるものであった。つまり、病院側の努力で防げるものである。そこで院長は、院内の死亡率を下げることを目的として一般的な製造業向けのTQMのテキストをベースに、病院にTQMを導入した。一般的にTQMを導入するにあたって費用の捻出が問題となると思われるが、本病院ではまず、５S（整理、整頓、清掃、清潔、しつけ）の徹底を行った。そのための費用は５Sを通じて捻出することができた。具体的には院内感染の低下による抗生物質の使用量の削減、不要物の整理によりできたスペースの活用（病棟、職員のスペースとして）、プラスチック製品のリサイクル（業者への販売）からの利益などである。

そして改善活動の余剰資金を職員の福利厚生、職場改善に割り振った（無利息の貸付金制度の設定、職種ごとの作業スペースの確保など）。それにより給与、待遇は同じでも本病院で働きたいという職員が増えてきた。そしてそのような職場を維持したいという気持ちが生まれ、さらに改善活動に興味がなかった職員も関心を示すようになってきた。このような正の効果の循環が次第に病院全体のTQM活動として定着していったのである。

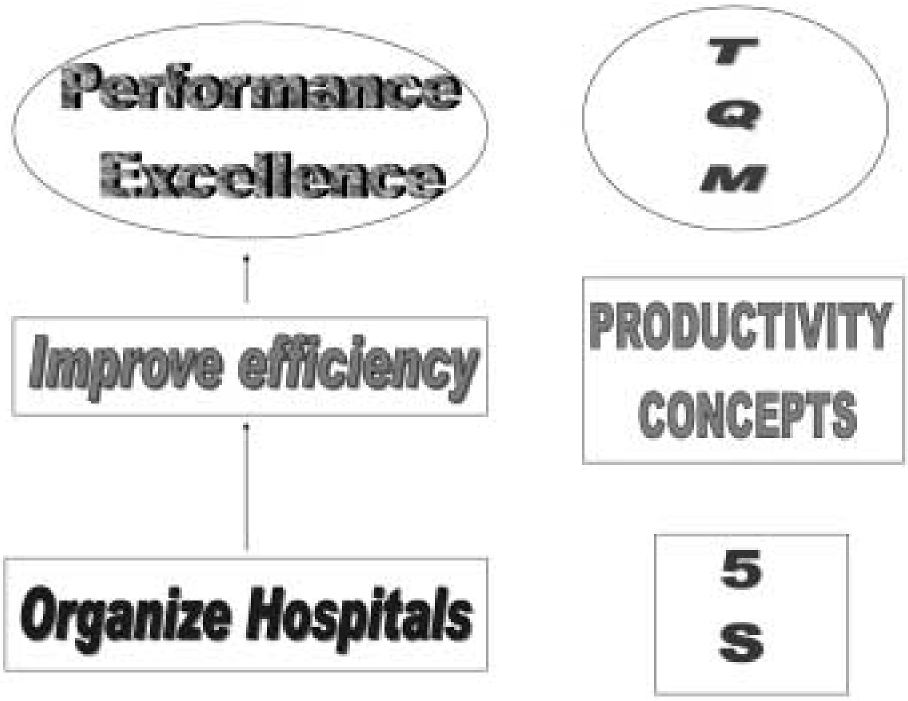
現在、キャッスルストリート女性病院では、ほかの病院の職員も含め、病院サービス改善に関する様々なトレーニングコースを実施しており、その活動は広く公的病院に広がっている。筆者が訪問した2005年８月にも、３日間の質向上研修が実施されていた。

このキャッスルストリート女性病院の変ぼうは、今までの公立の病院管理に衝撃を与えた。今までは公立病院は患者にとっては不潔で、長時間待たされるという印象があったが、その印象を一掃したのである。しかし、初めから保健行政によって好意的に受け入れられたわけではない。そこで院長は、本病院の成功をアピールする手段として、一般産業界のTQM関連の賞に応募して入賞することを目指した。つまり保健医療分野ではなく、産業界で認知されることを目指したのである。その結果、「AKIMOTO　５S賞」など、JASLIQ（日本における日科技連のような団体）主催の賞を受け、それがきっかけとなり、保健行政でも認知されるようになったのである。

その結果、保健省に「Quality Secretariat」が設立されることとなった。

カランダゴダ院長は、「質の失敗はシステムの失敗」であるという認識の下、まずはシステムを整備し、その後人的開発を行い、それからマネジメントの改革に取りかかるという手順で考えた。つまり人の能力向上ではなく、人が働く状況、環境の改善にまず力を入れ、その次にその環境に合わせ人材育成・能力開発を行い、最後に経営改善に取り組んだのである（図３－１）。

図３－１　TQM



出所：カランダゴダ院長作成資料を転載。

表３－３　改善ポイント（キャッスルストリート女性病院）

①フロントラインサービス（環境、見た目、第一印象）の改善
- 清掃
- 外装の塗り替え
- わかりやすい案内板
- 待合室の整備
- 色によるスイッチの識別

②必要な費用の確保
- 案内板などに協賛企業を採用
- プラスチック製品のリサイクル
- 抗生物質の使用減（清潔になったことで院内感染が減少）

③職場環境の改善
- 職員食堂の整備
- スタッフルーム、作業スペースの確保
- 無利子の貸付制度の整備

④整理整頓
- 不必要な医療機器、器具の病棟からの撤去→スペースの確保、適材適所への再配分
- 診察室には必要最低限の薬剤のみ常備→無駄な使用の削減、不適切な処方の予防
- シーツ、マットレスの交換、洗濯励行→院内感染の削減
- ベッドの改良（患者の荷物をベッド下のボックスに収納）→院内感染の削減
- 医療機器の記録簿の整備→購入、使用、消耗品の購入などを一括管理

出所：筆者作成。

また院長によれば、病院の改善をビジネスの一部としてとらえ、しかし人間中心で実施することが重要とのことである。つまり、高生産性を通じた品質向上が重要であると同時に、それがスタッフの過度の負担につながることは避ける必要があるということである。特にスリランカの場合、非医療従事者（Non-medical Staff）が多いので、彼らの生産性をどのように上げるか、どのように改善活動に取り込んでいくかということが重要であった（表３－３）。

病院のTQMのコンセプトは「患者満足」からスタートしているが、実際の改善活動はまず職員の満足度が上がることを目指して行われている。つまり、「職員満足」なくして「患者満足」はないということである。そこですぐにQCサークルを組織するのではなく、職場環境を改善するチームを各職場に組織した。単に病院の改善のみでは職員はついてこない。自分たちに実質的な便益がなければ、現状を変えようという気は起こらない。そのため例えば、ソーイング担当職員のための専用の作業室を用意したり、警備担当職員のための休憩室を設置するなどして様々な職種のモチベーション向上を促している。また改善によって生まれた収益、コストの低減は、職員に還元するように心がけている。具体的には、輸液の空ボトルをリサイクル会社に売った利益は職員への無利息の貸し出しなどに利用したり、職場内の改善活動の表彰の商品購入などに充てている。

またもう一つ特徴的なコンセプトが「背伸びをしない」である。つまり病院の現状に合わせ、できるだけ簡便な方法で目的を達成することを目指している。例えば、内臓や胎児などの医療廃棄物は冷凍し、蛆を利用することで分解している（日本では高火力の焼却炉で焼くか、専門の業者に出す)。

さらに「対処から予防へ」という発想の転換もなされている。例えば、診察室や病棟には最小限の薬剤･機材しか置かない。緊急処置への対応に関しても、薬剤１回分しか在庫を置かない。緊急事態への対策を整えるより緊急事態を起こさないようにするという発想の転換である。そのためには何をすればよいか、例えば機器の簡便な取扱説明書を用意したり、日ごろからミーティングを実施したりしている。また事故を防ぐためにもできるだけ物を置かない。必要最小限のものしかなければ、間違えることがないという発想である。

様々な改善活動を徹底させている要因として、上記のようなコンセプト以外に、院長が現場をよく知っているということが挙げられる。途上国に限らず、病院長は会議や、事務的な業務などに忙殺され、とても現場の状況を把握する暇などない。本病院の場合は規模が小さいという好条件もあるが、カランダゴダ院長は実に病院内のことを細かく把握している。筆者も院長と共に病院内を回ったが、当方への説明中にも各職員に、様々な改善のアイデアを出していった。QCの基本である「現場は宝の山」をまさに実践しているのである。また導入時に中間管理職を対象にしたことも改善への大きな促進要因といえる。具体的には病棟婦長をまず巻き込み、職場の環境改善を実践し、その活動が軌道に乗り出した後に医師層を巻き込んでいる。改善の継続が改善への抵抗勢力である医師層の反発を軽減し、全病院的な改善活動を容易にする。

(2) レディーリッジウェイ病院（Lady Ridgeway（Hablock）Hospital）

本病院は、もともとは英国時代の統治者の妻が設立した女性病院であったが、その後、子ども病院（20歳まで）に転換された。病床数は現在、780床、医師が約250人、看護師が650人、そのほかの職員を含め計約1,800人の職員が働いている。

現在の本病院の最高責任者であるパニラ院長代行（Dr. Pannila）は、2005年６月（現地調査実施の1.5ヵ月前）に、院長の長期休暇の間の業務を代行するために赴任した。

表３－４　改善ポイント（レディーリッジウェイ病院）

①清掃の徹底
②案内板の改善
・子どもにもわかりやすく（大きな看板、大きな文字、絵）
・協賛企業の導入
③病棟の改善
・おもちゃや絵本の設置
・プレイルームの設置
④ナースステーションの改善
・水槽の設置
・観葉植物の設置

出所：筆者作成。

彼女の５Sや改善との出会いは1996年にSLIDAの医療経営修士コース（MSE, Medical Administration）であり、そのときに病院経営の一環として５SやTQMを学んだ。同コースにはカランダゴダ院長も参加しており、彼女もカランダゴダ院長と同様、SLIDAがTQMを導入した病院経営コースの第１期生である。

その後、地方病院に赴任してSLIDAにTQMのトレーニング（３日間）を依頼したり、同病院で独自のトレーニングを実施するなど改善活動、特に５S運動を進めていった。その後、県保健局長（District Medical Officer）となり、その時期の改善活動の実績を買われて、本病院の院長代理として抜てきされた。

本病院は、パニラ院長代理が就任する以前は、特に改善活動が活発に行われていた病院ではなかったようである。パニラ院長代理は、以前から病院をきれいに整頓したいという願望があり、それを実現する方法として５Sを活用することにした。その根本はカランダゴダ院長と同様「患者満足」を向上したいということにある。当病院での５Sの推進は、まず看護師グループとのミーティングを行い、活動への了承を取り付け、その１週間後に医師グループのミーティングを開き５S活動に参加させた。非医療従事者に関してはもともと５Sに対するモチベーションが高かった。マネジメントに参加する絶好の機会であり、一番恩恵を受けるのは彼らだからである。つまり、汚い雑多な病院の環境で最も苦労していたのは非医療従事者であり、５Sはまず非医療従事者の職場環境改善であった。本病院は規模が大きく院長がすべてを把握することが困難である。実際の改善活動に関しては院長代行の強力なリーダーシップの下、質担当の職員が毎日病院内を巡回している（表３－４）。

３－３　タイ

本調査研究では、中進国の例の一つとして、まずタイを取り上げた。タイにおけるTQM活動は、既に15年以上の実績があるが、近年、非常に特徴的な２つのシステムとしてまとまりつつある。その原動力は保健省医療サービス部とタイ病院評価機構にある。両者はもともとTQMやCQIというコンセプトを共有しているが過去の教訓の違いから、別々の目的をもつシステムを開発した。一つは病院のネットワークを設定し、病院単体ではなく地域医療全体の質向上を目指すシステム、もう一つは病院のもつべき機能を各病院が設定し、その目標達成を認定するシステムである。本章では両システムの特徴と病院における病院サービスの質向上の取り組みを取り上げている。

３－３－１　保健省、保健セクターの概要

タイの公的病院には保健省管轄、教育省管轄、軍管轄の病院があり、保健省における病院サービスの質管理は「医療サービス部（Department of Health Service Support）」が担っている。リファレル体制は、全国に10万ヵ所ある保健センター（Primary Health Center: PHC）及びクリニックが一次医療を担い、コミュニティ病院（Community Hospital：病床数10～20床）及び総合病院（General Hospital：同100床以上）が二次医療を、地域病院（Regional Hospital：同500床以上）が第三次医療を担う。また高度医療施設（Excellent Center）として、がんセンター、循環器センター、交通事故・障害センターなどが地域病院などに併設される形でサービスが展開されている。タイの病床数の約60%は公的病院に属し、保健医療サービスの80%が公的サービスで賄われている。保健省による保健医療サービスの割合は特に地方、県レベルで高く、都市部では教育省傘下の教育病院（Teaching Hospital）や民間病院が多数存在することから、サービスの競合が多く発生している。

本調査に対し、保健省医療サービス部のチャンヴィット部長（Dr. Chanvit）はタイの公的保健医療サービスの問題点として「インプットがアウトカムに足りていない（医師の数が必要なサービスに対して不足している）」と述べている。現在、タイでは人口10万人当たりの医師が30人しかいない（シンガポール150人、マレーシア75人に比べて）。1997年の通貨危機後、保健省の収支が苦しくなり、大量の医師が民間施設及び海外に異動してしまった。保健省では今後10年間で医師数を２倍に増加させる予定であるが、2001年より始まった30バーツ政策[45]に保健省の予算が割かれており、必ずしも十分とはいえない。

病院予算の多くは独立行政機関である「健康保険事務所（National Health Security Office: NHSO）」から人頭割り（Capitation）で支給されているが、職員の給与への対価がカットされてしまったため、収支は苦しくなってきている。30バーツ政策以降、公的保健医療サービスを受けられる人口（Coverage Population）は増えたが、GDPに占める保健医療総支出は5.2%から3.8%へと減少している。これは今まで自己負担（User Charge）で支払っていた人の割合が減り、全体の支出が減少したためである。逆にいえば、医療の質の低下を招いているという現状がある。現在、どのようにコストと品質とアクセスのバランスをとるかが課題である。この４年間、30バーツ政策により病院の支出（Cost）は抑えられ、病院の来院患者数（Access）は増えた。つまりコストを重視しすぎたことによりサービスの質が低下し、医療への資本投資が減少した結果、医師が民間に流れたという現状がある。公式には2004年１年間で400人が公的施設から民間施設に流れたと報告されている。保健省は、2006年から４年間で資本投資を増やしてサービスの質の確保及び医師の流出に歯止めをかけることを目指している。

３－３－２　病院サービスの改善活動の概要

(1) 改善活動の概要

そのような現状において、同国では病院サービスの品質管理に対する全国的な取り組みとして「病院機能評価（Hospital Accreditation: HA）」と「病院ネットワーク品質監査（Hospital Network Quality Audit: HNQA）」が実施されている。詳細は後述するが、品質管理活動そのものは1990年代初頭より始まっており、近年、急速に全国展開されつつある。その加速の要因は、職員数が増えない環境で増加しつつある労働負荷をサービスの質を変えることなく、いかに労働

[45] 公的医療保険にてカバーされない人々を対象に、１回当たり30バーツの自己負担で診療する政策。これにより患者の自己負担割合が減少し、政府負担額が増加した。

負荷を減らすかという必要に迫られているからである。その背景には、社会保険制度（Social Security Service）の導入や30バーツ政策があり、それらの政策により、保健医療サービスの質が低下したという現実がある。

このようなタイにおけるTQM活動は、経済状況や政策の変更という大きな変化によって生まれた保健医療分野における障害をいかに減少させるかという観点から、保健省・公的機関が中心となって進めているトップダウン型アプローチである。しかしトップダウンは改善プロセスの設定であって、個別の病院における改善は各病院の状況に合わせ病院が独自に設定しており、具体的な活動は小グループワークで実施されている。またHNQAでは、各病院が院内改善委員会（Intra Committee）を組織して病院の質を管理し、さらに相互改善委員会（Inter Committee）を通じて、６病院の部門長（Head of Out-patient Departmentなど）が横断的な組織を通じて質の向上を目指している。

前述のように、一般的にTQMは欧米型のトップダウン型アプローチと日本型のボトムアップアプローチに分類されるが、タイのTQMはトップダウン型にもみえるが、病院の自主性に任せたボトムアップ型のアプローチや病院を核としたピアレビューも実施されており、とてもユニークなアプローチを採用しているということができる。

このようなユニークなアプローチをけん引しているのは、前述のチャンヴィット部長とタイ病院評価機構（HA-Thai）のアヌワット所長（Dr. Anuwat）である。

（2）改善活動の歴史

タイにおける病院サービスの質改善活動の開始は、1985年までさかのぼる。当時、保健省は病院の標準の質を確保するための法令「保健医療サービス提供者法（Health Service Provider Act）」を施行した。その後、1989年に上記法令にて遵守すべき事項をまとめた「保健医療サービス基準（Health Service Standard）」を策定した。この基準には、病院の専門職ごとのサービスの基準が記載されているが、内容はあくまでも最小限遵守すべき事項（Minimum Requirement）のみである。そして1990年に、目に見える形での病院の改善を目指した活動が開始された（Improving Frontline Service）。特に外観（清掃や花壇の設置など）の改善を重視し、患者が訪れやすい雰囲気づくりを目指した。しかし、残念ながらサービスの質は大きくは変わらなかった。その要因として、全国一律の展開だったことが挙げられる。画一的な改善活動なので病院側のモチベーションが低く、表面的な改善で終わってしまったこと、患者側からも、民間施設に通う人々が公的施設に移るほどのインセンティブはなく、また公的病院間でも差がないので、病院を変更しようというインセンティブにはならないこと、その両者の悪循環から、ますます病院側の質改善への意欲が減少したと思われる。つまりタイでは、トップダウンによる画一的な改善活動がなじまなかったということである。

その後、1995年に保健省として、TQMの導入を開始し、1998年には「品質と平等（Quality and Equity）」をコンセプトとした「保健医療サービス基本法（Health Service Standard Constitutional Law）が施行された。さらに1999年には保健システム研究所（Health System Research Institute: HSRI）の独立機関として病院評価機構が設置された。病院機能評価のコンセプトはプロセスのスタンダードを確立することにあり、ISOなどほかの品質基準も積極的に取り入れている。

また同国の行政機関全体の取り組みとして、2000年に公的機関のサービス基準を定めた「Public Sector Standard」が設定された。これはタイの行政サービス、経営の基準を定めたもの

表３－５　タイにおけるサービス改善活動年表

1985	Health Service Provider Act
1989	Standard for Medical Staff（Minimum Requirement）
1990	Improvement Frontline（Environment）
1995	Beginning TQM
1998	Health Service Standard Constitutional Law
1999	Establish HA-Thai（Develop Process Standard）
2000	Publish Public Sector Standard
2002	Start 30 Baths Scheme
2003	Publish Guideline for Health Service Standard Constitutional Law
2004	Trial HNQA（4 provinces）
2005	Expand HNQA（14 provinces）
2006	Plan to Expand HNQA（30 provinces）

出所：筆者作成。

で保健医療分野においても遵守することが求められている。その後、保健省医療サービス局は、上記基本法を遵守するためのガイドラインを2003年に作成した。その際に、日本の「コマツトレーニングセンター」が協力をしたということであるが、詳細は確認できなかった。さらに同年、「病院ネットワーク品質監査（HNQA）」を開始し、2004年には４州に拡大して施行している。そのうちの一州の活動が、タイの全国的なTQMの賞を獲得するなど産業界からも高い評価を得ている。

HNQAの概略は、６つの病院でサービスが同質となるようなネットワークをつくり、グッド・プラクティスを広げるモデルである。2005年より14州で実施する予定であり、2006年には30州、将来的には全国展開したいと考えている。しかし、そのための予算はまだ確保されてはいないため、現在のパイロット・プロジェクトの結果いかんということである（表３－５）。

そして現在、上記ガイドラインの改定を行っており、チャンヴィット氏は、HNQAによって得られた知見を重視している。例えば、ISOや病院機能評価（HA）ではリスクマネジメントから質改善が始まっているし、プロセスを重視してインプットとしての人的資源にはあまり着目していないが、新ガイドラインでは、ポジティブな側面（よい点を伸ばしていく方向）から改善を開始する内容でまとめていく予定である。そしてインプットもアウトプットも勘案し、人（スタッフ）がどのように行動すべきか、それによりどのようによいサービス（Better Service）を目指すかを患者中心に検討していく予定である。つまり、新しいガイドラインではシステム改善のみならず、そのシステムにおける各人に求められる能力・行動も重要ということである。

(3) 行政の役割

サービスの質改善の履行は州保健局主導から、保健省が病院に直接命令を下し保健省が直接評価することに変更したことにより意識が変わり、指導を遵守するようになってきたということである。また民間病院に関しては各州の保健局（保健医療サービス部）の監査人（Inspector）が活動している。さらに病院評価機構による表彰（HA Award）やTQM関連の表彰などによるモチベーション上昇の効果もあり、病院サービスの改善活動は各病院で積極的に取り組まれているようである。

サービスの質管理は、現在、適切な質の監査は約10％しかできていないという認識から、保健省では各州の品質保証チーム（Quality Reliance Team）のうち10人を訓練して、「TQMコンセプトの専門家」を養成する予定である。

このようにタイでは、保健省が病院サービスの品質改善の陣頭指揮を執っているが、その内容は直接サービスの改善を行うのではなく、そのための仕組み（System）や規範（Standard）、手順（Process）を整備し、結果を評価することに力を注いでいる。

３－３－３　病院ネットワーク品質監査（HNQA）

「病院ネットワーク品質監査（HNQA）」とは、保健医療サービスの品質向上を病院間の連携を通じて実施するための仕組みであり、病院のサービス向上のみならず、地域の保健医療サービス向上を目指している。つまり病院単体の評価ではなく、地域医療全体としてサービスの評価を行っていることに特徴がある。対象施設は保健省管轄の公立病院で、民間病院やほかの公的病院などは対象となっていない。また保健センターなどは、その保健センターが属する（リファーする）公立病院に監督責任があることから間接的対象施設といえる。

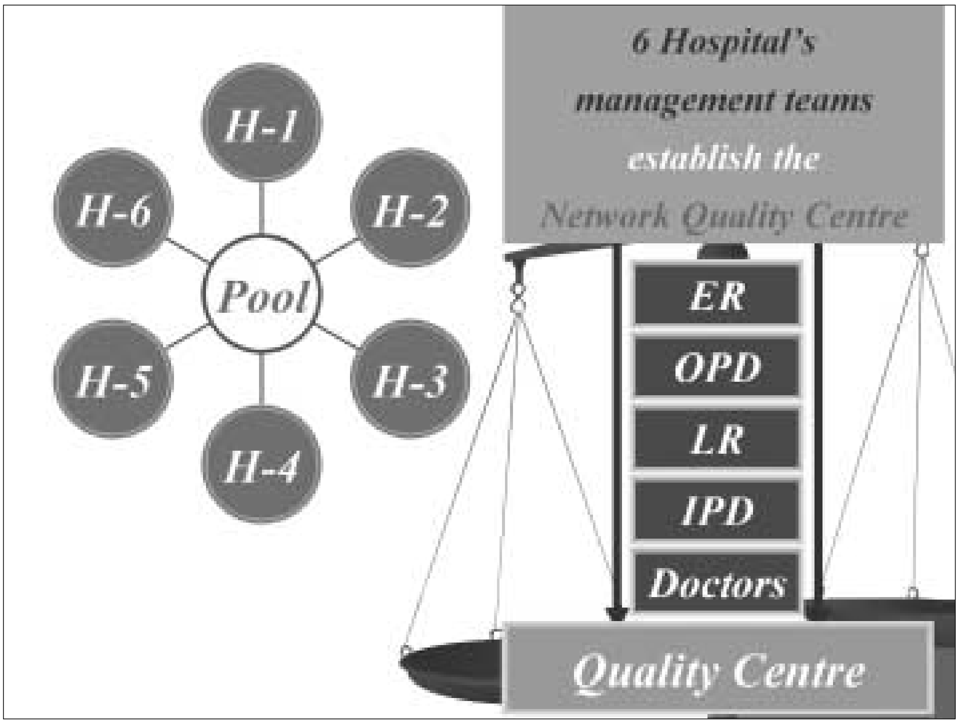
HNQAの実施監督機関は医療サービス局内にある専門チーム（Health Quality Team）で現在７人の職員（医師、保健師など）が従事している。

（1）HNQA実施手順

HNQAでは、まず各病院内に品質センター（Quality Center）を設置することから始まる。メンバーは救急、外来、入院、分娩の各部門長と医師である。そして６病院の品質センターが集まり、ネットワーク品質センター（Network Quality Centre）を設置し、品質ネットワーク（Quality Network）の基盤を整備する。そしてこのネットワーク品質センターがネットワーク全体及び各病院の保健医療サービスの向上を担っていく（図３－２）。

次に各病院から院長（Director）と各部門長と一般医（General Practitioner）の計36人を対象

図３－２　HNQA



出所：タイ保健省作成より転載。

表３－６　研修の内容

①What is Quality ②Public Health Standard ③Quality Control ④Management of Quality ⑤Kinds of Services → Lecture and Workshop 　3 days: Lecture & Workshop 　2 days: Workshop for Auditor Checklist

出所：筆者作成。

とした研修が実施される（５日間)。研修は、講義とワークショップ形式で行われ、品質管理の基礎から求められるサービス像などを学ぶ。そして参加者が定期的管理行動（Periodic Management Activity)、院内サービス仕様（Service Internal Specification)、サービス供給規範（Service Provision Standard）を基にネットワーク品質基準（Network Quality Standard）を設定する。その基準には直接保健省の監査人（Auditor）によって評価される基準と患者満足で測定される基準がある。設定された基準の達成を自己及び監査人が評価し、その評価結果を基に次の基準が設定される。HNQAでは６病院がすべて守れる基準やどの病院も満たすことができない基準を採用しないという方針がある。これは６病院すべてが満たすことが可能ということは設定された規範や仕様が貧弱なものであり、それでは改善が進まないということ、逆にどの病院も満たすことができないということは、規範や仕様が厳しすぎ、現実的ないことを意味するということを示していると考えられている。つまり、常にチャレンジする姿勢を基準設定に盛り込んでいるのである（表３－６)。

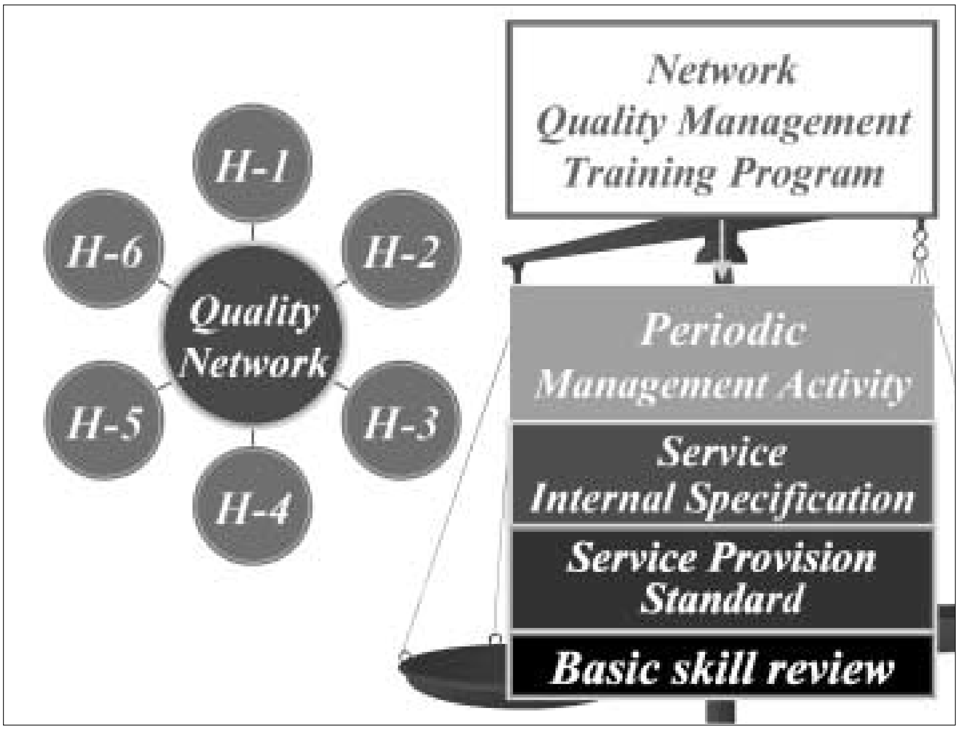
保健省では病院の質に関する省の責任として、死亡率、平均在院日数、院内感染、感染症などの指標への関与を強めており、各病院には左記の指標の改善を行うと同時により高いサービスを患者に提供する責任があるとしている。その具体的な達成方法やサービスの内容などは、各ネットワークの状況に合わせ設定される（図３－３)。

監査を経て、ネットワーク品質基準が設定されると、それを他部門にも適用し持続的な品質改善活動としていく（図３－４)。

（2）HNQAの特徴

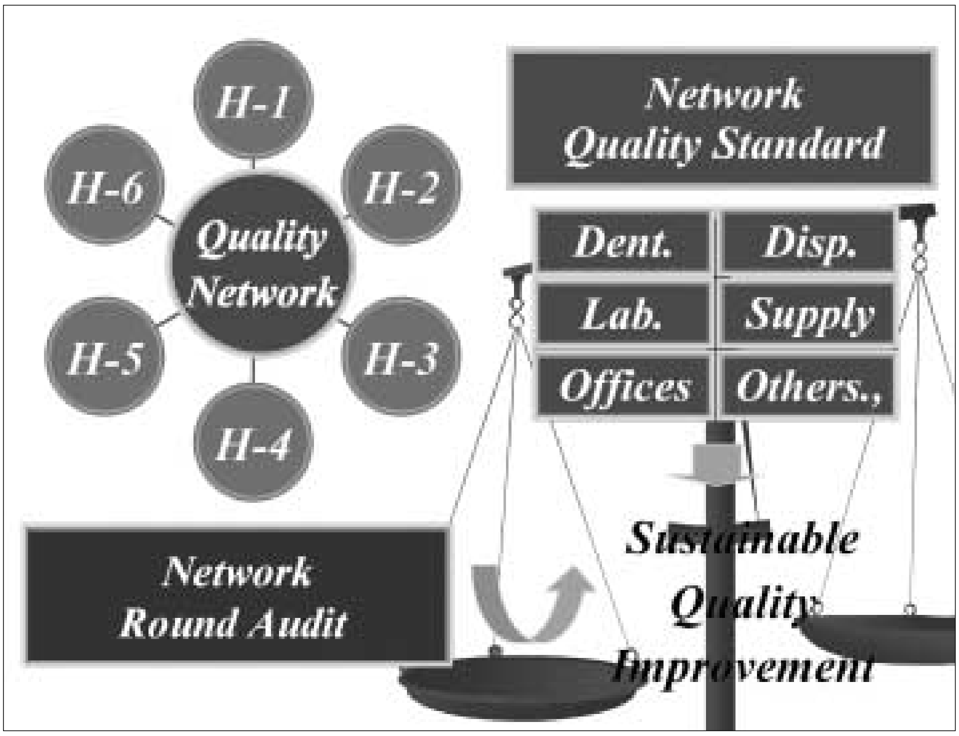
このモデルは、チャンヴィット局長をはじめとするタイ人の専門家グループが作成したが、作成に際して日本のTQMをベースにしている。しかしタイでは、QCの基礎である５S活動がうまく軌道に乗らなかったことから、タイの保健医療分野の状況に合わせたTQMのコンセプトを採用している。つまり全体的な統括を実施する部門はプロセスの管理を行い、QCサークルのような小グループ活動を通じた目標設定、活動を行っている点は日本型TQMを踏襲しているが、ネットワークによる管理、ピアレビューを採用している点は独自性が出ている。背景としては、画一的な改善活動の失敗から学んだ個別の目標設定の必要性と、落ちこぼれ施設を出さないための仕組みとしての画一化があり、その折衷案として６施設を１単位とするネットワークを編み出した。また後述する病院機能評価（HA）におけるチャンヴィット局長の考察も含有されている。チャンヴィット局長は以前、ある公立病院の院長時代、公立病院として初めて病院機能評価の認定を取得した。その際、病院機能評価では院長のやる気次第で病院の活動が左右される仕組みであるということから、各院長のやる気を持続できるようなサポートシステムが必要と考え、ピア

図３－３　HNQA



出所：タイ保健省作成より転載。

図３－４　HNQA



出所：タイ保健省作成より転載。

プレッシャーを採用したと思われる。
６施設という単位は経験上から抽出された数字で、それ以上より多いと監査に時間がかかり、それ以下だと効果が薄いということである。しかし地域によっては３つしか病院がない場合もあることから、今後全国展開する際には調整を検討しているようである。
このように同国の保健セクターの実情に合わせて作成されたHNQAであるが、地域ごとの状況に合わせて目標が設定されるため、地域ごとの現状調査及び分析が必要であるという煩雑さもある。つまり、病院単体や全国一律的なデータなどは現状の統計や調査などで収集されているが、各地域、つまり６施設を対象としたデータは恒常的には収集されていないため、そのための準備期間がかかるということである。しかし、一度設定された情報収集の仕組みはHNQAを通じて持続的に活用されることから、初期投入が十分有効活用されると思われる。
現在、医療サービス局ではHNQAにおいて「クリニカル・パス（Clinical Pathway）に基づく診察」と「患者の視点（Patient's View）に立ったサービス」を推進しており、クリニカル・パスは医療部（Department of Medicine）とともにワーキンググループをつくりまとめている。
このようにHNQAでは、保健省は改善のプロセスを示すのみで、目標設定は各ネットワーク自身に委ねられている。このような仕組みは日本の「健康日本21[46]」とよく似ており、両者ともプロセス・マネジメントによる改善を目指していることに特徴があるといえよう。
中央行政からみれば、目標設定を実施機関に委ねることは、目標を過少に見積もる可能性があり、また自己の影響力が低下することから、必ずしも好ましいとは考えにくいことであるが、HNQAや「健康日本21」のように、目標管理はプロセスをしっかり設定することにより可能であり、逆に各施設や地域の状況に合わせた目標設定、ならびに実施機関の自主的な取り組みなど、トップによる目標管理よりも効果が高いと考えられる。

３－３－４　病院機能評価（HA）

タイにおける病院サービスの品質改善活動のもう一方の雄は「病院機能評価」である。病院機能評価の実施機関は病院評価機構（HA-Thai）で、もともとは同国の保健医療分野の公的研究機関である保健システム研究所（HSRI）の一部局であったが、1999年に別組織として独立した。HA-Thaiは全52人の職員中、20人が病院機能評価促進のためのコンサルタントで、毎月３～５日は病院の視察などを行っている。また60人の調査員（10人はHA-Thaiの職員）が病院機能評価の認定及び評価を行っている。
HA-Thaiの事業は大きく分け、「病院機能評価（Hospital Accreditation）」と「健康促進（Health Promotion）があり、健康促進の方は、「健康促進基金（Foundation of Health Promotion）」から資金を得て推進している。

(1）病院機能評価の歴史

同機構の所長がアヌワット氏（Dr. Anuwat）で、もともとHSRIで病院経営の改善に携わっていた。同国では公立病院のみならず、すべての病院がどのように質の管理を実施すればよいか悩んでいたこともあり、1992年に同国の保健医療セクターにTQMの概念を導入することを検討し、自らシンガポールや日本で研修を受講した。また他産業のQC活動、ホテルのサービスシステム

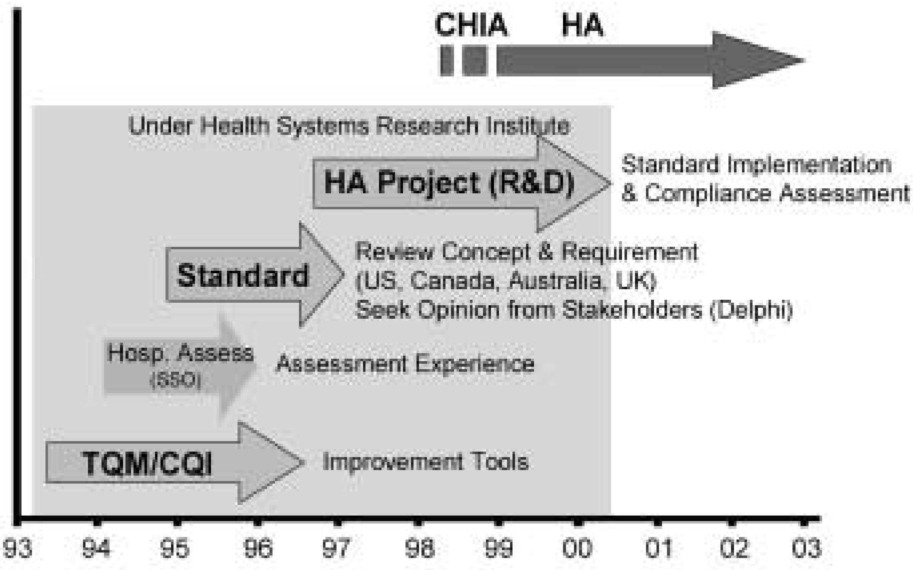
[46] 「第３次国民健康づくり対策（2000年～）」の別称。第２次までの対策は国が方針を定め、地方自治体や国民が実施する様式から、住民参加型健康づくり運動をベースに地方自治体や国民一人一人が健康づくりの方針を定め実行していくという特徴がある。

の研究なども行った。そして、TQM導入のパイロット・プロジェクトを1993年より５年間実施した。パイロット・プロジェクトは35病院を対象とし、各病院に責任者と事務局を置き、小グループ活動を通じた改善活動を実践した。その後、1994年より保健省が病院監査を開始したが、アヌワット氏は、本監査はアウトプットとインプットしかみておらず、そのプロセスをみる必要があると考え、ワーキンググループを組織し、プロセス管理のためのスタンダードを作成した。その後、病院の質管理の一手段として病院機能評価の導入を検討し、1997年より調査研究を開始し、1999年の同機構設立とともに病院機能評価（HA）を開始した。病院機能評価の研究では、ワーキングチームをつくりスタンダードを作成した。その際、カナダの専門家からの協力も得て、また日本、オーストラリア、米国などの病院機能評価手法も参考にしたという（図３－５）。

当初、病院機能評価は、病院を査定するというネガティブな見方がなされていたが、徐々に病院機能評価の取得がインセンティブになるというポジティブな見方に変化していった。それは患者側の意識の変化と、病院機能評価による改善効果そして健康保険事務所などとの契約などが背景にある。

患者の意識として、よりよいサービスを提供する病院にかかりたいというインセンティブがあるが、そのための判断材料が乏しかった。前述のように、公立病院の病院監査はあったがその目的は行政監査であり、患者サービスに力点を置いたものではなかった。先進的な民間病院はISO9001の取得などを通じて自院の品質をアピールしていたが、ISOは病院を対象とした規格ではないので必ずしも病院のサービス品質を的確に表しているとは限らない。それに対し、病院機能評価は病院のサービス品質の評価のための基準であることから患者へのアピール度が高い。特に民間病院側では認定取得へのインセンティブにつながる。また病院機能評価の取得は単なる基準クリアのための時限的な活動ではなく、継続的な改善活動のための仕組みづくり及びその実践である。そのため病院機能評価の取得後、病院のサービス品質改善による患者の増加と同時にコストも削減され、病院の収支としても好ましい状況となっているケースもあり、アヌワット氏い

図３－５　History of HA



出所：アヌワット氏作成より転載。

わく、病院機能評価取得後、平均30％も収入が増加しているとのことである。また病院機能評価の取得を健康保険事務所（NHSO）も後押ししており、2004年よりNHSOの契約病院は必ず、病院機能評価の認定過程であることが求められている。また病院機能評価の取得を推進している民間保険会社もある。さらに公立病院の場合、将来の独立採算制（Autonomous）に備えて取得した方がよいという話もある。

（2）病院機能評価の実施手順

病院機能評価の取得には３ステップあるが、その基本は各病院が目標を設定し、クリアしていくことである。HA-Thaiの役割は、保健医療サービスの質の改善の促進、コンサルテーション、スタンダードに沿った評価、スタンダードの策定などであり、病院機能評価取得のプロセスでは、あくまでその過程を促進・コーチングすることが役割で、評価も自己評価を基本としている。

第１段階は「品質レビューシステム（Quality Review System)」の策定がある。この策定には通常１～２年ほどかかる。現状の問題点を解決するための仕組みづくり、そしてその実行及び解決が求められる。

その後、第２段階として、「組織分析（Analyze the Organization）と「品質管理のプロセス改善（Process Improvement QA)」を行う。通常このプロセスに１年ほどかかる。

具体的には、以下の12の課題をクリアするための仕組みづくりが各病院に求められる（表３－７)。

そして第３段階として、基準の設定（Look at Standard)、品質改善文化（Quality Culture）の確立がなされたと認定されると、病院機能評価の認定取得病院となる。現在、900以上の病院が病院機能評価の認証手順を進んでおり、113病院が取得している。認定の有効期間は３年間で、取得後１年目とその１年半後にHA-Thaiによるモニタリングが行われ、３年ごとに再審査が行われる（図３－６、図３－７、表３－８)。

また病院機能評価取得をサポートするためのコーポレーションセンター（Hospital Accreditation Cooperation Center: HACC）が６ヵ所あり、そこを通じて病院機能評価取得にかかる知識や情報を共有している。HACCは、医学校の下にあるチェンマイ大学やコンケン大学の医学部に設置され、HACCの質向上にはHA-Thaiがサポートしている。

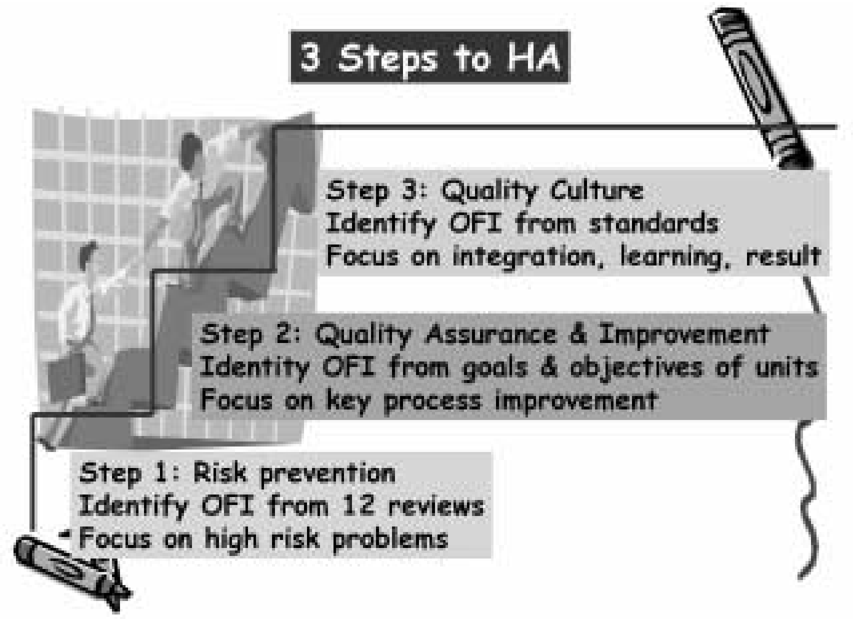
以前、タイの大学の医学部ではアカデミックな教育・研究のみが実施され、保健医療サービスの質に関する教育・研究はHSRIのみで行われていたが、病院機能評価の普及とともに大学医学

表３－７　病院機能評価においてクリアすべき課題

1. How to Review Patient Care
2. Patient Report（Complain）
3. Risk（All Risk）Patient, Personnel, Hospital
4. Incident
5. Medication Error（Drug Control）
6. Infection Control
7. Important Events（Incidents etc.）
8. Medical Records
9. Utilization
10. Indicators Review（Set up by the Hospital）
11. Refer Case
12. New Comer / Expert Less Experience

出所：筆者作成。

図３－６　HA-Thai



出所：アヌワット所長作成スライドより転載。

図３－７　HA-Thai

	Step 1	Step 2	Step 3
Overview	Reactive	Proactive	Quality Culture
Starting Point	Review Problems & Adverse Events	Systematic Analysis of Goal & Process	Evaluate Compliance with HA Standards
Quality Process	Check-Act-Plan-Do	QA: PDCA CQI: CAPD	Learning & Improvement
Success Criteria	Compliance with Preventive Measures	QA/CQI Relevant with Unit Goals	Better Outcomes
HA Standard	Not Focus	Focus on Key Standards	Focus on All Standards
Self Assessment	To Prevent Risk	To Identify Opportunity for Improvement	To Assess Overall Effort & Impact of Improvement
Coverage	Key Problems	Key Processes	Integration of Key Systems

出所：アヌワット所長作成スライドより転載。

表３－８　HA-Thai

Situation	2004	%	2005（May 05）	%
Under development to Level 1	538	55.8	218	22.6
Level 1	213	22.1	601	62.3
Level 2	154	16.0	32	3.3
HA	59	6.1	113	11.7
Total	964	100	964	100

出所：Dr. Srismith、NHSOを基に筆者作成。

部においてもサービスの質に関する教育・研究が行われるようになってきている。

(3) 病院機能評価の質管理

現在、HA-Thaiでは病院サービス向上のために20種類の基準（Standard）を用意している。それらは様々な国の資料を参考にしているが、タイの保健医療セクターの現状に即した形でまとめられている。基準づくりは機能評価委員会（Board of Accreditation）で行われるが、同委員会には看護師、医師、薬剤師などの団体からの代表が参加しており、各団体からの意見を反映させながら（非公式、公式に）基準作成を行っている。内容はあくまでも「必要最低条件（Minimum Requirements）」である。また病院サービスのベンチマーキング（Benchmarking）の内容は、米国の「マルコム・ボルドリッジ国家品質賞」の審査基準（Criteria）を参照して作成されている（表３－９）。

またHA-Thaiでは、病院機能評価の活動を促進するための様々な研修コースを実施している。各トレーニングコースにはテーマとグレードが設定されており、参加希望者の目的、レベル、経験などに合わせたきめの細かい内容を設定している（表３－10、表３－11）。

病院機能評価を取得している病院は大病院や都市の病院に限らず、地方病院（Community Hospital）でも取得している病院がある。つまり、病院の大小は取得の難易に関係はない。ただし小病院では、コミュニケーションは良好だがリソースパーソンが足りず、逆に大病院はコミュニケーションが難しいという問題を抱えているようである。特にタイでは、医師の配置が問題となる。新医師は研修のため３年間、地方病院に勤務することが義務付けられているので、都市部

表３－９　病院機能評価に定められた標準項目

Commitment to Quality
1. Leadership
2. Policy Direction
Resource Management
3. Resource Management
4. HR（Human Resource）
5. Environment & Safety
6. Equipment & Supply
7. Information Management
Quality Process
8. Quality Process
9. Clinical Quality
10. Infection Control
Professional Ethics
11. Medical Staff Organization
12. Nursing Administration
Patient's Rights and Organizational Ethics
13. Patient's Right
14. Organizational Ethics
Patient Care
15. Patient Care Team
16. Preparation for Patient and Family
17. Patient Assessment and Planning
18. Patient Care Delivery System
19. Patient Information and Record
20. Discharge Planning and Continuing Care

出所：HA-Thaiのパンフレットを基に筆者作成。

表３－10　HA-Thaiの実施している研修コース

HA100	HA for Hospital Executive
HA301	HA for Team Leader / Facilitator
HA302	After 1st step bring forward to systematic development and HPH in Linkage
HA303	New Trend of Quality Improvement
HA305	Quality Improvement for Service Support
HA400	HA for Lecturer / Coordinator / Quality Manager（Advanced Facilitator）
HA401	Internal Inspector
HA403	Professional Inspector
HA501	Medical Resource Administration（Basic Level）
HA502	Medical Resource Administration（Development Level）
HA601	Risk Management System in Quality Hospital
HA602	Clinical Quality and Safety
HA603	IT and Quality Improvement
HA604	（Individual Patient）Case Management
HA605	Drug Dispensary System in Quality Hospital

出所：HA-Thaiのパンフレットを基に筆者作成。

表３－11　HAの研修カテゴリー

	Basic	Intermediate	Advance
1. General Quality Development	HA301	HA100, HA302	
2. Being a Coach		HA400	
3. Inspection		HA401	HA403
4. Resource Administration		HA501	HA502
5. Particular Development	HA303, HA305	HA601, HA603 HA604, HA605	HA602

出所：HA-Thaiのパンフレットを基に筆者作成。

の病院は新人医師の確保ができず、また地方病院は研修終了後に医師をつなぎとめることが難しく、病院による人的資源管理が難しいという現状がある。

（4）病院機能評価とTQM

病院機能評価において病院サービスの質改善は重要な評価対象の一つであり、TQMの精神は、患者中心、チームワーク、リーダーシップ、戦略的計画の策定などに生かされている。実際病院機能評価の研究開発を行った際、そのパイロット病院は1993年にTQMのパイロット病院として選定された病院から選ばれており、病院機能評価の目標策定や実施においてもTQMのプロセスが活用されている。

TQMは、病院機能評価の開始以前から品質管理ツールの一つとして使用されていたのは、既述のとおりである。1992年より健康保険（Social Security Service: SSS）が始まったが、それに対してどのように医療の質を確保するかが問題となり、それに対する取り組みとして1993年に病院サービスの質改善プロジェクトが開始された。その発展形が現在の病院機能評価である。その後の全国的な広がりに関しては、患者満足、ケアの改善という需要側からのプレッシャーがあり、それが「30バーツ政策」により刺激されたという経緯がある。つまり、病院機能評価はTQMの次段階としてとらえられており、必ずしも病院機能評価とTQMが対峙することではない。また「バランス・スコアカード」による目標管理も盛んであり、公立病院の目標を示す標準的な手法の一つとして採用されている。病院以外でも公的機関においては、バランス・スコアが推奨されているが、これはタクシン首相がバランス・スコアカードの使用を推奨しているという政治的な

理由もある。

病院機能評価システム導入における制約や障害に関しては、外部要因としての政府の保健医療政策の変化があった。保健医療政策が明確でないと、各病院がどのように改善してよいかわからない。具体的にはどのような手法を選択すべきか、どのような手順が望ましいか、そのためのリソースをどのように確保するかなどにも影響を与える。内部要因は、どのように簡便な方法を開発するかということが問題であった。そしてどのように病院を勇気づけ、参加させるかということである。そのため３段階の評価レベルを設定し、レディーメードではなくオーダーメードにすることにより、病院サービスの質改善の促進と、各病院が病院機能評価を取得できるような環境を整備した。

病院機能評価を通じた改善活動は看護師が中心で、TQMに関しても熱心に取り組んでいる。医師に関しては日本と同様、臨床以外への興味が薄いことからグループ活動への参加などに困難を伴う場合が多いとのことである。そこで、臨床結果の追跡調査の改善という側面からTQM活動を進めるなどしながら巻き込んでいるようである。つまり、医師は臨床的・学術的な進歩を望んでいるので、医師の興味に合致するテーマで改善活動を開始することにより、興味をもってもらい、その後ほかの活動にも手を広げていくような形をとっている。

３－３－５　病院におけるTQM

TQM活動の現場を見せてほしいと依頼したところ、HA-Thaiより以下の４病院を紹介してくれた。各病院とも病院機能評価を既に取得しており、規模や運営形態などにおいて様々な特徴がある。逆に言えば、病院機能評価は規模や形態に限らず取得できることの証明であり、同様にTQM活動も規模や運営形態に左右されるものではないことを表しているともいえる。

(1) サラブリ病院（Saraburi Regional Hospital）のTQM

サラブリ病院は、サラブリ州（人口70万人）及び周辺５州、計230万人をカバーする第三次病院で地域病院（Regional Hospital）に分類される。また本病院には、交通事故･障害（トラウマ）センター、がんセンター及び医学校、看護学校などが併設されているほか、同地域の10の総合病院（General Hospital）を統括する役目もある。

同病院は1993年のTQM導入プロジェクトのパイロット病院に選出されて以降、TQMを推進しており、病院独自で外部講師を招へいするなど積極的な活動を行っている。当時の副院長で本プロジェクトの責任者であったチーム先生は、現在の院長であり、パイロット・プロジェクト終了後もTQMの推進を積極的にバックアップしている。また病院の健全経営が評価され、1999年には独立採算制（Autonomous）病院の候補の一つとされたが、政治的な理由で最終的には選定されなかった経緯がある。

同病院ではバランス・スコアカードを用い、病院の中短期目標を示し、その目標を達成するため各部門･部署が改善（CQI）運動を行っている。またCQI活動を推進するための事務局を設け、研修や教材作成などを行っている。当初、CQI活動は各グループに自主的に実施させてきたが、いくつかのグループが機能しなかったことから、現在では「Quality Day」を年１回（２日）設け、グループ活動の成果を発表するなど、モチベーションを上げるための活動を導入している。

同病院がCQIを導入したきっかけは、TQM導入プロジェクトのパイロット病院に選定されたことによるが、その背景は、労働負荷の増大をどのように抑えるかということであった。特に健康保険の導入、30バーツ政策以降、患者数は増加したが、病院の収入は増えず、職員数も増えて

いないことから職員１人当たりの業務量は増大しており、その状況下でどのように事故やミスを防ぐか、どのように職員の業務量を減らすかということが重要となってきたことにある。

本病院のCQI活動の例として現副院長のソマト先生より、呼吸管理（Respiratory Care）の改善に関しての説明を受けた。呼吸管理の改善活動は、RCQT（Respiratory Care Quality Team）によって実施されており、リーダーはソマト副院長である。

本活動を実施するにあたり、まず院長より医療機器の集中管理をする必要があるという指示を受けたが、そのためには単に集中管理を実行するのではなく、そのメリットを最大限生かす必要があると考え、そのための方策を検討した。そして集中管理した方がよい機材を抽出し、現状分析し、現状の問題点を洗い出して対策をとることとした。その分析の結果、一番問題が大きかった機器が人工呼吸器であった。

具体的な分析プロセスは、各機器の使用・管理状況を確認し、それに対する問題をデータに基づく解析により抽出した。その後、問題解決のためのトレーニング（３時間の研修を計９回）を実施している。その結果、人工呼吸器の取り扱い時のチェックリストを作成したほか、各病棟に呼吸器管理看護師（RCWN）を配置し、呼吸器管理の責任者とした。またRCQTの活動は感染症管理委員会（Infection Control Committee: ICC）と連動して行われ、機器の管理のみならず院内感染の防止のための活動でもある。

ソマト副院長は、本プロセスにおける重要点として、現状分析をきちんと行うことだと話していた。つまり問題に取り組むには、問題を明確にすることが重要であり、データに基づいた分析により事実を明らかにする必要があるということである。

(2) サオハイ病院（Sao-hai Hospital）のTQM

サオハイ病院はサラブリ州に属する、コミュニティ病院（Community Hospital）の一つで病床数10床、医師３人、看護師32人のこぢんまりとした病院である。診療活動のほかに地域の公衆衛生活動も担っている。同病院は病院機能評価の認定を取得した初めての地域病院であり、スワット院長は医師であるとともに経営学の修士（Public & Private Administration）も取得しており、その知見から病院の経営改善を進めている。

本病院における改善活動は、1999年より患者中心のサービスを開始し、TQM（CQI）を導入したのが始まりである。そして2002年には、タイにおける「ベスト ５S賞」を受賞している。また2004年は、「健康タイ（Healthy Thailand)」の認定病院となった。「健康タイ」は前述のHA-Thaiの業務の柱の一つで健康促進（Health Promotion）活動の名称である。「健康タイ」認定病院には通常の診断や治療機能のみならず、健康になるための施設（スポーツジム、マッサージ、サウナなど）が併設され、健康増進を目指す人々のトレーニング機会を提供している。

TQM活動を開始することとなったきっかけは、就任当初、院長がチェンマイ病院を訪問したときそのきれいさに驚き、自分の病院でも実施したいと考えたことによる。そしてCQI活動のファーストステップとして５Sを実施した。初めは病院独自で実施したがうまくいかず、民間のコンサルティング会社（Human Resource Management for Productivity Institute）のDr. Kanthinaを招き、２日間の研修（全員が出席）を実施した。現在、コミュニティ病院で病院機能評価の認定を取得したのは２病院のみということである。

院長いわく、「５Sは患者満足の中心であり、そこからTQMのアクションプランを作成している。また現在のリスクは人的資源開発の不足であり、TQMを通じてその開発を進めている」とのことである。５Sに関しては病院独自のガイドラインを作成し、そのガイドラインを基に活動

を実施している（表３－12）。

また、CQIの基本３コンセプトとして「Unit Optimization」、「Vertical Alignment」、「Horizontal Integration」を挙げ、全病院的な取り組みであることを強調している（図３－８）。

また「品質運営チーム（Quality Steering Team）」の下に８つの委員会（Committee）があり、全職員の３分の１にあたる105人が参加している。各委員会のリーダーは、病院内の役職に関係なく、リーダーシップさえあれば誰でもなれるということである。

各委員会は病院のアクションプラン（５年間）をベースに毎月の目標を決め、月初めのリーダーミーティングでその進捗を確認していく。その翌日にメンバー全員でミーティングを開き、全体の進捗の確認、結果、内容の再検討などを行う。また病院の目標はバランス・スコアカードで管理している。TQMの活動を通じて、職員の満足、患者満足も上昇しており、スタッフのマナー向上により、リピーターも増加している。また患者からの収入も増えているということであるが、具体的な資料を入手することはできなかった。

本病院におけるTQM活動の成功の鍵として院長は、各委員会による活動が自主的に行われてきたことにあると述べている。そのためには働きたいと思う環境をつくること、次に病院サービスに対する意識の改善をすること、最後に、その結果としてサービスの質向上がなされると述べ

表３－12　サオハイ病院が作成した５Sのガイドライン

・Background and Performance of 5S
・Components of 5S
・Step of Procedure
・Committee Organization Chart
・Chart of Administration Tasks
・Committee of Policy and Academic System
・Committee of Monitoring and Evaluation
・Committee of PR and Motivation
・Committee of Cooperation
・Zoning Charts and Activity Plan

出所：筆者作成。

図３－８　サオハイ病院



出所：サオハイ病院院長作成スライドより転載。

ている。

(3)シリラジ病院(Siriraj Hospital)のTQM

シリラジ病院は117年前に設立されたタイ最古で最初の西洋型病院で、総病床数2,400床、年間外来患者数200万人、年間入院患者数8万人、職員数1万人、うち医師が1,200人、看護師が4,000人を占めるタイでも最大級の総合病院である。本病院は教育省傘下の教育病院で、マヒドン大学の医学部、看護部の教育及び研修医(レジテント:2年間のインターン、3年間のDuty)、修士・博士課程の教育も行っている。さらにタイ伝統医療の学位コースも併設されている。

QCやTQM活動は15年前(1990年)に開始したが、2~3年前から盛んに実施されるようになった。TQMが開始された当時、同病院では、患者の期待の変化や民間病院との競合などの外的な問題に加え、労働負荷の増加や医師などの個人主義、診察部門ごとの縦割りなどの内部問題を抱えており、病院経営の変革に迫られていた。特に患者ケアのアウトカムが測れていなかったことが最大の問題であった。つまり病院幹部[47]は本病院の医療が本当にこれでいいのか、それを客観的に示す必要があると考えたのである。そして2002年に病院機能評価に認定を取得し、2004年に更新をしている。また毎年、HA-Thaiの調査員による監査が実施されている。また7年前より、病院のみならず学部においても改善活動(Quality Improvement: QI)を開始している。

現在、同病院における改善活動は、現場での改善に焦点を当て患者中心に行われている。またグループ活動を重視しており、グループのパフォーマンスを上げることを重要視している。実際の活動は400ある改善(CQI)ユニットが実施しており、その4分の1が審査ユニット(Survey Unit)としてユニットの監査を年2回実施している。また毎年、約10%の優秀な活動をしたユニットを対象に表彰を行っている。さらに年1回、日本のQC大会のような大きな会議を開き、パネル展示や発表などを行っている。本病院では特にナースグループのQCサークルが活発に活動しており、シンガポールのQCアワードなどを受賞している。

同病院の改善活動の特徴は、各ユニットの自主性を尊重していることである。改善の方向性はトップが示すが、個々の活動目標や内容は各ユニットが策定する。日本のTQMやタイの他病院で同様の方式がとられてはいるが、全体の目標と個々のグループ活動の目標の整合性は、経営陣・上司やTQM推進室など改善活動の事務局が調整し設定する場合が多い。シリラジ病院では各ユニットが責任をもつ。副学部長いわく、医学校では各講師に改善内容を同定する能力があり、さらに講師ごとに独立して活動していることからこのような方法が適しているということである。つまり現場の能力を最大限生かす形での改善活動が進められている。そうはいっても医学校だからということのみではなく、患者中心の改善がなされているということが重要である。当初の改善活動は看護師を中心に改善ユニットを形成し実施され、そして徐々に部門ごとに情報共有をし始めた。そして各ユニットの活動が軌道に乗ると医師たちも関心をもち始め、徐々に参加するようになってきた。現在の医師の参加率は30%であるが、徐々に増加しつつある。各ユニットの活動がさらに活発になると、患者を中心にした横断的な(Multi-Disciplinary)改善活動が開始されるようになった。今までは患者の治療サイクル(外来、入院、手術、リハビリなど)ごとに別々の改善ユニットが形成され、別々の改善項目を検討していたが、治療サイクルを管理する診療チームが一つの改善ユニットとなったことで改善活動も患者の治療サイクルに合わせて検討することが可能となった。それにより各改善ユニットの改善活動の結果と患者の治療効果の関係性

[47] 現地調査時、医学部副学部長兼副院長(質担当)のインタビューより。

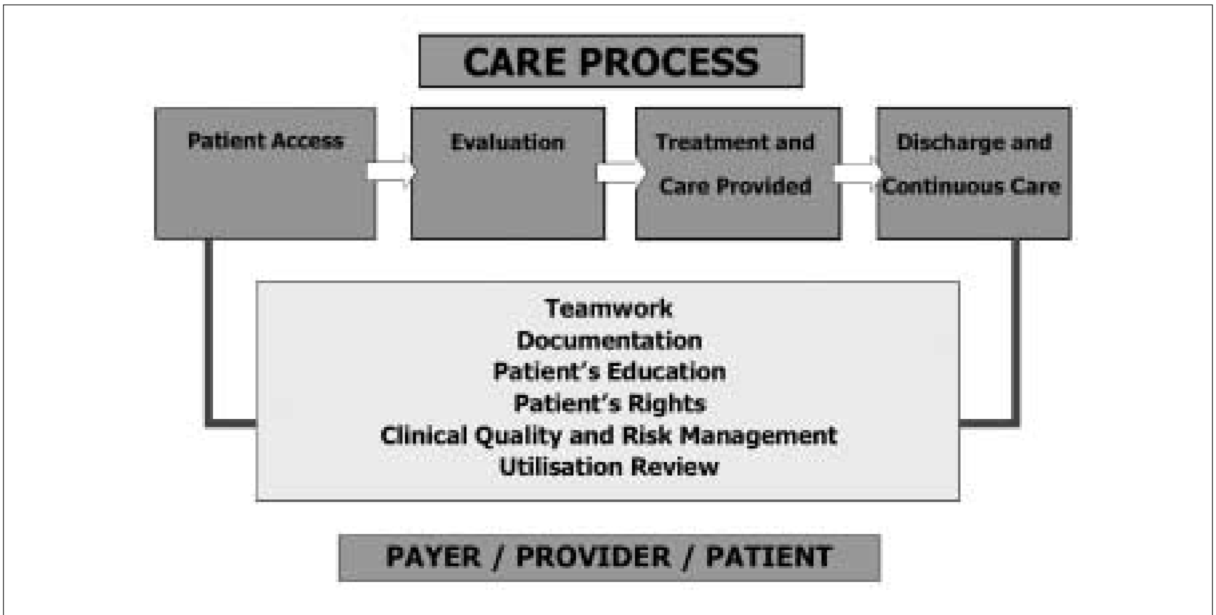
が明確になり、改善のアウトカムを測ることが可能となった。よって各ユニットの自主性に任せても全体の方向性との関係をみることが容易であることから事務局などが調整する必要がないのである。現在、106の診療チームが改善活動を実施している。当然診療チームのみならず間接部門においても患者中心の改善活動が実施されており、部門ごとの改善ユニットが共同で改善活動を行うこともある（図３－９）。

また改善活動は研究活動とも結びついており、クリニカルリサーチの一環として、優れた改善計画にはリサーチ資金を提供するなど、研究者の研究意欲と合致するような取り組みがなされており、2005年度は40ユニットがプロポーザルを作成し、10ユニットに資金を提供した。さらに2004年より、「R2Rプロジェクト（Routine to Research)」を開始し、病院サービスの改善で培ったノウハウを臨床面（Clinical）の改善にも役立てる計画を進めている。

本病院の改善活動の成功要因として本病院及び医学部の質開発を担当する副学部長のアピチャティ教授は、病院機能評価の認定取得が大きいと述べていた。認定取得のための活動が、改善及びリーダーシップのポテンシャルを引き出した。外部からのプレッシャーではなく、各人が改善の喜びをつかんでそれにより活動が前進していったとのことである。実際病院機能評価の認定取得は大病院ではできないとも言われたが、病院変革に必要なことと考え挑戦することにした。「病院機能評価はまだ一度更新が終わったばかりで病院に文化として根付いたとは言いきれない、文化になるには最低でも５年はかかるし、状況によってはさらにかかるだろう」とも述べていた。つまり、病院の状況に合わせた改善文化の醸成が重要であるという病院機能評価のコンセプトは、本病院に十分に認識されているようである。

また副学部長にリーダーシップの必要性に関して聞いたところ、「リーダーシップがなければやる必要はない。時間の無駄である」という回答であった。それでは現にリーダーシップがある人材がいなければ改善ができないのかと尋ねたところ「リーダーとしての資質がある人はたくさ

図３－９　ケアプロセス（シリラジ病院）



出所：シリラジ病院副院長作成のスライドより転載。

んいる。ただ探しきれていないだけ」という回答であった。本病院の場合は副院長をはじめリーダーシップのある人材がいたが、それ以上に、病院機能評価の認定プロセスにおいて、リーダーシップのある人材が発掘されたことが改善活動の成功に重要な役割を担っていたといえる。

(4) ブミポール空軍病院（Bumble Adulate Hospital）のTQM

ブミポール病院は700床を有する第三次レベル病院であるが基礎診療部門（Primary Care Unit）も有しており、リファレルのみならずすべてのレベルの患者を受け入れている総合病院である。病院組織は空軍に属し職員も軍属となるが、患者は軍関係者とその家族のみならず周辺地域住民も広く含まれる。また幹線道路に面しているため、交通事故患者が多いことから、交通事故・障害センター（トラウマセンター）を併設しており、さらに循環器センター、がんセンターも備える。また教育病院としての機能もあるが、研修医（レジデント）のみ受け入れている。看護師数は約800人、医師数は約180人で、さらに約70人のレジデントがトレーニングを受けている。

TQMに関しては1990年ごろから始まり、各部署の状況に合わせて、５Sやエクセレントサービスの徹底（Excellent Service Behavior: ESB)、リスク管理などを導入している。また活動の初期には周辺環境（Frontline）の改善から始めている。そのきっかけは、当時の院長が全職員に対し「どのように病院としての質を改善するべきか」を質問したことであった。そして今までは各部門で改善の方向性が異なっていたが、患者中心で進めるべきだということでまとまり、TQM活動が実施されるようになった。しかし、実施当初は必ずしも十分な成果が上がっているとはいえなかったようである。その折、HSRIにおいてTQMに関するパイロット・プロジェクトを実施していたことを知り、その活動が本病院の改善にとても役立つと考え、HA-Thaiのアヌワット所長（Dr. Anuwat）への接触を開始した。

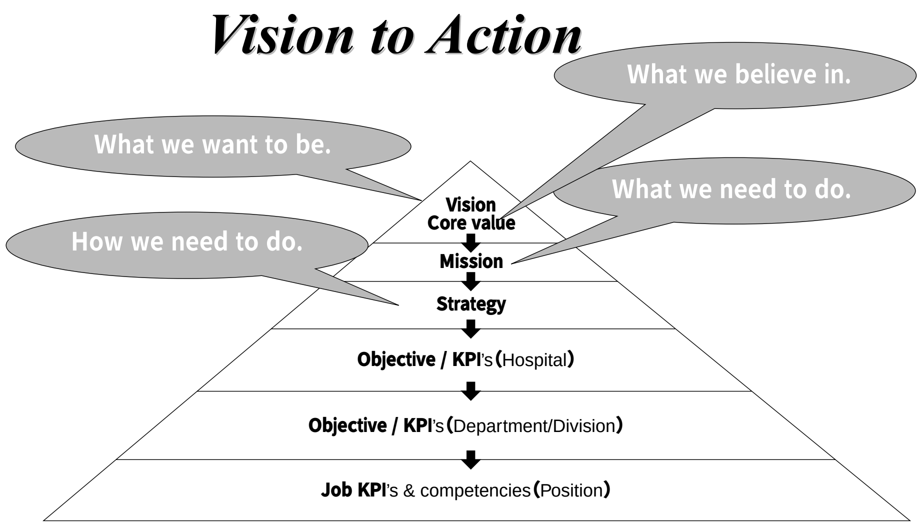
そして1999年より病院機能評価の認定取得のためのプログラムを開始し、2002年に認定取得した。さらに2006年、病院機能評価認定の更新を受けている。病院機能評価の認定を目指すことはトップマネジメントグループの英断によるが、その目的は30バーツ政策などを通じて職員の業務負担が増大したことから、業務を標準化し、職員の負担を軽減したいという考えからであった。結果として標準化を通じて、安全が確保されるようになり予想以上の成果を上げているといえる。ただし病院機能評価の取得により病院収支の変化はなく、病院機能評価の認定取得、TQMの推進が必ずしも金銭的な影響を与えているわけではない。

本病院では病院機能評価認定取得のためにまず、ファシリテーターチームの育成、顧客（患者）ニーズの確認及び組織づくりを行い、その後改善行動の醸成、戦略プランの策定及びスケジュールの作成、そして全職員向けのトレーニングを実施した。特に戦略プランは病院のビジョンからミッション、戦略などの各段階の目的を明確にして各部門の目標と病院の戦略との整合性を図っており、民間企業のマーケティング戦略を取り入れている（図３－10)。

また組織づくりに関しては、業務上の組織体系とは別に品質改善組織体系（Quality Improvement Organization）を構築し、品質改善チームとの連携の下、縦断的には臨床部門別のリーダーチームが、横断的には機能別のリーダーチームが品質改善を推進していく。さらに品質改善には自己評価が重要との観点から、個々人及びチームによる自己評価を重要視している。これは改善マインドを醸成するにも重要な要素といえる（図３－11)。

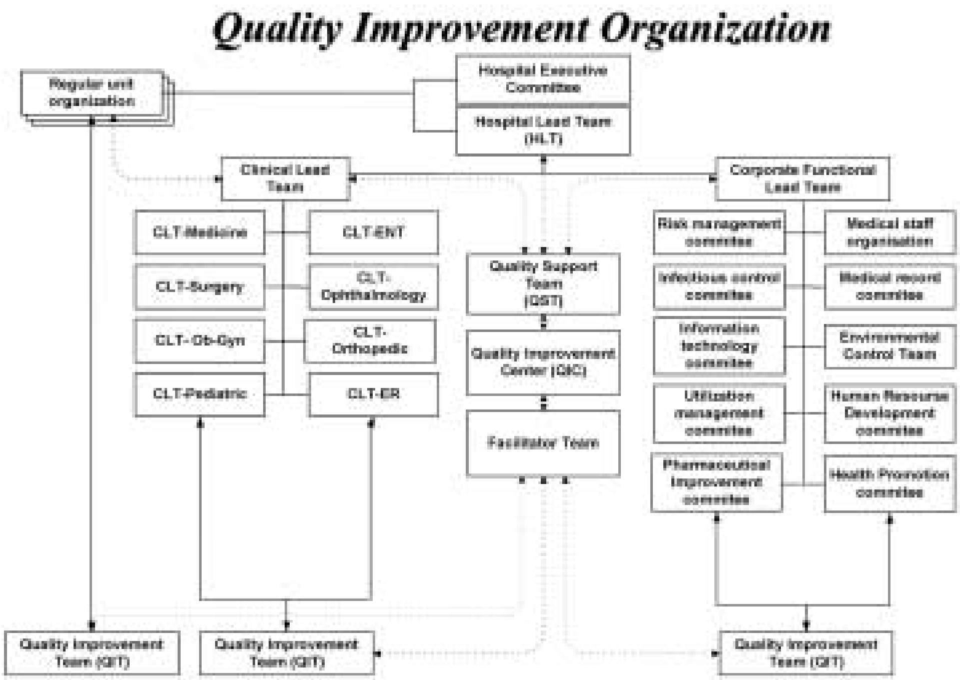
さらに患者を中心にした改善活動を行うため、様々な手技・手法を取り入れ活用しているという特徴もある。つまり手法主導（Tool Oriented）で改善活動を行うのではなく、患者を中心とした目的志向で改善活動を行っている（図３－12)。

図３－10　ブミポール空軍病院



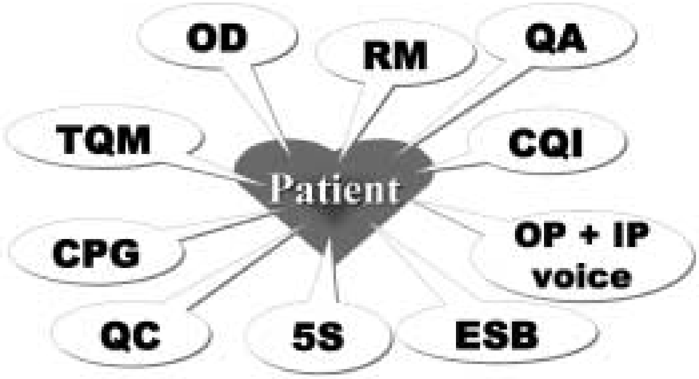
出所：ブミポール空軍病院作成スライドより転載。

図３－11　ブミポール空軍病院



出所：ブミポール空軍病院作成スライドより転載。

図３－12　ブミポール空軍病院



凡例：ESB（Excellent Service Behavior）＝エクセレント・サービス・ビヘイビア
OP+IP Voice＝外来及び入院患者の声（意見の収集）
CQI（Continuous Quality Improvement）＝継続的質改善
QA（Quality Assurance）＝質保証
RM（Risk Management）＝リスク管理
OD（Operation Design）＝操作（手順）デザイン
CPG（Clinical Pathway Guideline）＝クリニカル・パス・ガイドライン
出所：ブミポール空軍病院作成スライドより転載。

このような本病院における品質改善活動で、民間企業におけるマーケティング戦略のお手本のような取り組みがなされているが、このような活動を実施するにはHA-Thaiによる指導が大きかったようである。

最後に副院長に本病院における成功要因を尋ねたところ、「品質改善へのコミットメント」、「チームの知識」、「HA-Thai」ということであった。そして実行には強いリーダーシップが重要であるとも述べていた。ただリーダーシップがなければできないということではなく、まずは品質改善をしたいという意志を育てること、正しい品質改善の知識を与えること、そしてリーダーシップマインドを育てることによりリーダーは育つということであった。そのためのロールモデルを確立することが重要であるということであった。

３－４　フィリピン

フィリピンにおけるTQMに関しては、現在、フィリピン保健省より日本の大学院に留学中であるリーゼル医師（Dr. Leizel）の協力を得てまとめた。全文は資料編に記載したが、本節はその要約について述べてみたい。

リーゼル医師は、品質保証と改良のプログラムの促進及び実施における、７人の重要なキーインフォーマントにインタビューを実施した。７人には、保健省（Department of Health: DOH）と健康保険機構（Philippine Health Insurance Corporation: PHIC）のプログラムマネジャー、政策立案者及び実施担当者が含まれ、さらに保健医療サービスの質を促進する保健省以外の機関からも選定された。この省外機関には、フィリピン医療施設評価協議会（Philippine Council on

Accreditation of Healthcare Organization: PCAHO）及びフィリピン医療の質協会（Philippine Society for Quality in Health Care: PSQua）が含まれている。

フィリピンにおける保健医療サービスにおける質改善は、ここ20年以上、保健セクターの主要な課題となっている。本調査ではフィリピンの保健セクターにおけるサービスの質改善プログラムの発展を誘発要因（トリガーイベント）[48]、成功要因、病院における事例及び教訓を包含して考察している。

調査の結果、フィリピンにおける質改善プログラムでは、①地方への保健医療サービスの権限委譲、②法律による強制が背景・経緯としてあり、保健セクターのリーダーによる保健医療サービスの質改善の必要性の認識がトリガーとなっている。これらの質改善プログラムは様々な形で実施されているが、保健セクターにおけるフィリピンの質改善の経験は以下のような教訓を導き出すことができた。

①ケアの質に関する政策を示すことが質改善プログラムの明確な方向性を示す。
②質改善プログラムはインセンティブと結びついていれば成功しやすい。
③施設間の質改善に関するイニシアティブの共有はサービス提供者に質が重要性であるという意識を増加させる。
④質改善プログラムは限られた資源の効率的利用及び収入の増加をもたらす。
⑤コミュニティが質改善プログラムへの意識を増加させれば利便性が高くなる。

３－４－１　フィリピンの品質改善活動の歴史

フィリピンの保健医療サービスは、過去14年間にドラスティックに変化しており、特に立法による保健医療制度への影響は大きい。保健省は、法律によって質の高い保健医療サービスへのアクセスを保証し、保健省の医療施設・サービス局は各施設が独自の品質改善計画を確立するよう促している。

1995年、国民健康保険法（同時に健康保険公社（PHIC）の開設）が可決された。この法律では、保健医療サービス供給者は、保険施設認可の前提条件として品質保証プログラムの策定、実施が求められる。またPHICの「品質保証及び調査方針開発グループ（Quality Assurance and Research Policy Development Group: QARPDG)」が組織され、同法におけるこの規定が確実に実行されるよう措置されている。

QARPDGは、医療施設、医療従事者への品質保証プログラム、政策及びガイドラインの開発及び強化に責任をもつ。さらに、保健医療基準、作業監視及び評価システムを開発し、持続的に調査し、さらに施設利用度調査、臨床技術及びアウトカム評価を担当する。

またQARPDは、保健医療サービスのパフォーマンスの改善におけるマニュアルの開発を通じ、PHICに認定された施設における質の高いサービスを保証するための活動を行っている。本マニュアルはPHIC認定施設の保健医療サービスの質評価及び測定の基準となっている。さらにQARPDGは、医療施設がPHICへの認可を申し込む前に、自己評価のために使用することができる標準及び基準の最新のリストを提供し、以下の「フィリピン保健医療品質規格」を示している。

・患者権利及び組織倫理
・患者ケア

[48] トリガーイベントとはある事象を誘引する因子及び事件のことであるが、本報告における意義に関しては第4章参照のこと。

・リーダーシップとマネジメント
・人的資源管理
・情報管理
・安全な行動と環境
・パフォーマンス改善

1996年、フィリピン医療の質協会（PSQua）設立のため、専門家集団の代表、学術機関、政府機関が召集された。PSQuaは、
①公私にかかわらず、保健医療供給者の品質保証、品質改善及び品質管理を促進
②保健医療の質に関する学術会議、ワークショップ及びセミナーの実施
③保健医療セクターの臨床に関する質研究の促進
④医療施設の認可プロセスにおけるルール、学術的分野における政府系機関との共同研究
を掲げ、2004年、フィリピンの病院の質を促進する指針としてQA/QMの基準（Essential Elements）を開発し、さらに保健医療サービス用のQA/QIのトレーニング法を確立し、国内で35を超えるトレーニング・ワークショップ、アジア生産性機構（APO）支援によるトレーナー訓練、81の病院品質改良コンテストを実施した。

1998年、病院への規則監督を強化するため、フィリピン医療施設評価協議会（PCAHO）が組織された。PCAHOは非営利民間の病院機能評価団体であり認可、教育、トレーニング及び研究を通じて保健医療サービスの品質改良を促進することを目的とする。その設立の７年後に、PCAHOは保健省の依頼により、海外で労働するフィリピン人の健康診断[49]を行う主要なクリニック（150施設）の品質規格システム（Quality Standard System: QSS）の認証を行った。また保健省が医薬品のテスト機関の機能評価の認定を一新する以前は、PCAHOがQSSを認定することを承認していた。さらに、PCAHOは135のクリニックを監査し130を認定し、品質管理代表（Quality Management Representative: QMR)、クリニック管理者、ほかの診療所のスタッフ及びクリニックや教育機関へのトレーニングを実施した。

1998年、保健省は米国国際開発庁（United States Agency for International Development: USAID）からの援助を受け、品質保証プログラム（Quality Assurance Program: QAP）戦略計画を策定した。1999年には、このプログラムが改名され、活力の中心活動（Sentrong Sigla Movement: SSM）として一般に知られるようになる。SSMの最終目標は、質の高い保健医療サービスを提供する際に保健省と地方自治体ユニット（LGU）の間の協力を確立することであった。このプログラムの目的は以下のとおりである。
①キャパシティ・ビルディングを通じたQAPの制度化
②QA活動の調整、支援及びモニタリングのメカニズムの確立
③有効なInformation, Education and Communication（IEC）及び広報キャンペーンの開発と実施
④患者をパートナーとして取り込む

このプログラムには２つの戦略があり、第１の戦略は、確立している基準を満たした地区病院、

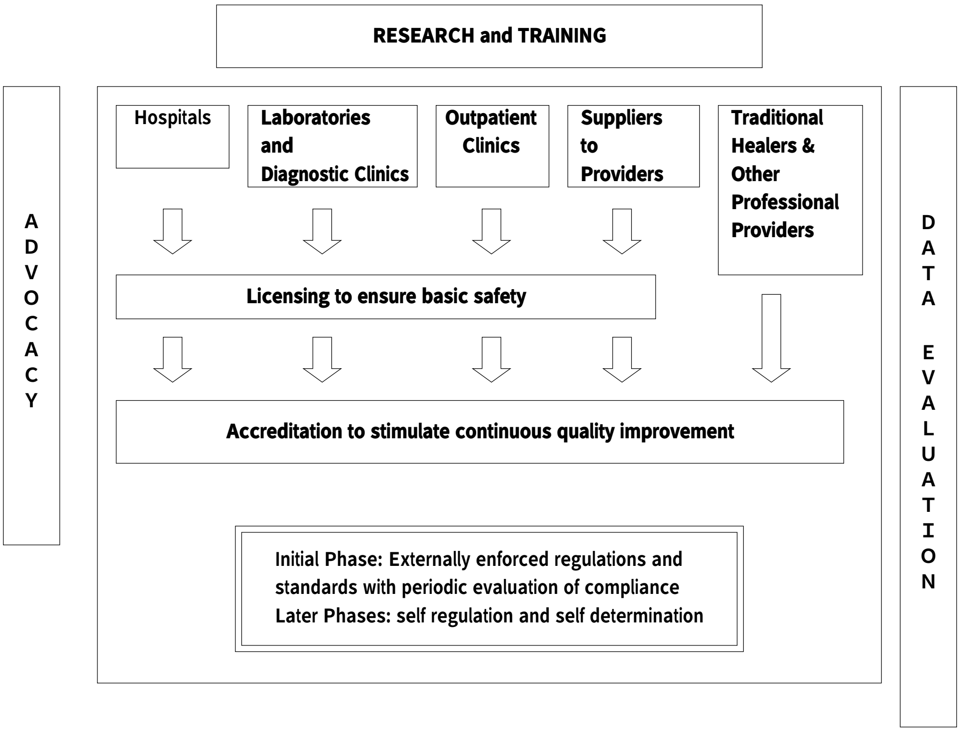
[49] フィリピンの労働者が海外で仕事を行う場合、労働者が健康であることを証明するため健康診断を受け、その証明書の提出が求められる。労働者は海外への出稼ぎを行うために証明書の偽造を行うことがあり、証明書の信頼性が低いことが問題となっていたようである。

表３－13　Sentrong Sigla Certified Facilities, 1999-2004

Facility	Total Number	Total Certified	% Accomplishment
Rural Health Units/Health Centers	2,385	1,375	58%
Barangay Health Stations	13,540	390	3%
Devolved Hospitals	631	97	15%

出所：DOH（2005）

図３－13　Quality Framework of Quality in Health Program



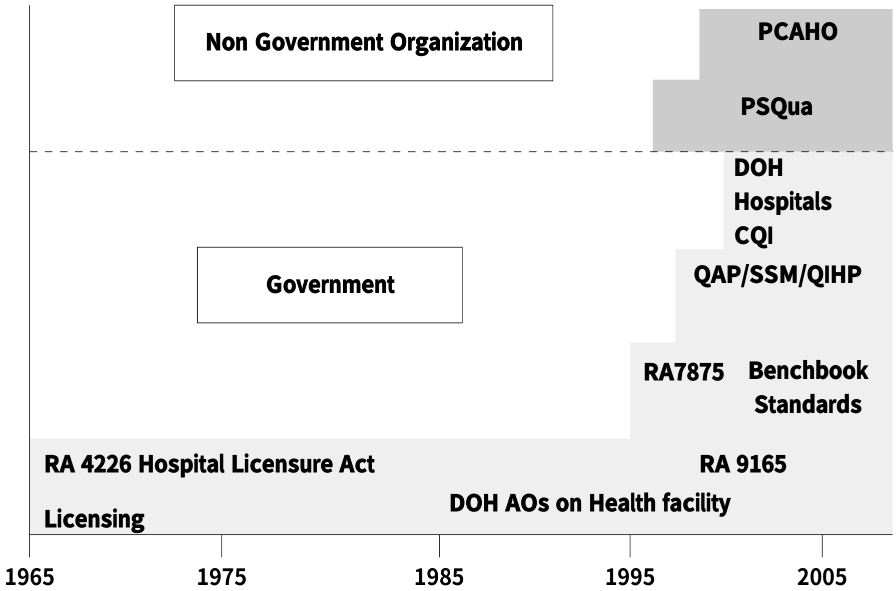
出所：リーゼル医師作成。

地方の保健ユニット、都市保健センター及び村健康ステーション（Barangay Health Stations）を含む公衆衛生施設の認証であり、第２の戦略は、これらの施設における保健医療サービスの継続的な品質改良（CQI）を内包化するキャパシティ・ビルディングであった。表３－13は1999～2004年におけるSSMの成果である。

2001年には、保健省の他セクションによって許可された健康維持プログラム（Quality Improvement Health Program: QIHP）やPHICの認可、支払いメカニズム、専門家集団（DOH行政命令17-Bシリーズ2003に基づく）により、保健医療サービスの質は中央と地方行政の相互作用を超えて拡張し強められた。このプログラム（QIPH）はQAPとSSMに代わり、①強制的認可、②PHICやほかの専門職協会による任意の認可、③SS（Sentrong Sigla）による認可を含む。図３－13は、QIHPの下の質フレームワークである。

さらに保健省は2001年に、国立保健医療施設開発センター（National Center for Health Facilities Development）を通じて、保健省病院と保健医療サービス区のCQIプログラム設立のための保健省運営委員会及び技術的なワーキンググループを設置するための省令を定めた（310-Js

図３－14　Chronological Development of Quality Improvement Efforts in the Philippines



凡例：PCAHO＝Philippine Council on Accreditation of Health Care Organizations
PSQua＝Philippine Society for Quality in Health Care, Inc.
Quality Assurance Program（1998）/ Sentrong Sigla Movement（1999）/ Quality in Health Program（2003）
Republic Act 7875＝National Health Insurance Law, as Amended
Republic Act 9165＝Dangerous Drugs Act of 2002
Different Administrative Orders include AO 147 s2004, amended by AO 0029 s2005
出所：リーゼル医師作成。

2001 and 172-c s 2003)。これは保健省病院によって提供される保健医療の質の継続的な改良を促進するためである。

図３－14は、政策の年代順の開発、フィリピンで保健医療サービスの品質保証と改良のプログラムを実施し促進するプログラム及び組織の設立を表している。この図は単に政策の開始時期のみならず、実施、運用上の程度を示している。例えば、PHIC Benchbookは2003年に開発され、2004年に公表されたが、このツールは2006年に始まるPHIC認可のための基礎として使用される。

表３－14は、品質保証と品質改良の様々な政策手段を実施する機関の特性を要約したものである。同表に含まれた情報は、現在行われていることのみであり、これらの機関の将来の意図あるいは計画は含まない。例えば、SSMによる認可は、SSMフェーズ１では地方の公立病院と村保健ステーションをカバーしていたが、QIHP 内のSSMフェーズ２ではSSによる認証は地方の保健ユニットに焦点を当てている。

フィリピンでは病院間の競争におけるイニシアティブを得るために、台湾とサウジアラビアのようなほかの国々の同様の評価・認証やISO、医療施設認定合同審査会（Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: JCAHO）認証が求められるようになった。2005年時点で、保健省は137のクリニックと病院をPCAHOとISOによって認可されたこと、一つの第三次レベル私立病院がJCAHOに認可されたと公表した。

表３－14　Summary of the Different Institutions/Organizations that Contribute to the Quality Improvement Efforts in the Philippines

	DOH BHFS	PHIC	SSM PHASE 2	DOH NCHFD	PSQua	PCAHO
Type of quality assurance/ improvement instrument	Licensing Some accreditation	Accreditation	Certification	—	—	Accreditation/ Certification
Nature of quality assurance/ improvement program	Mandatory	Voluntary	Voluntary	Voluntary	Voluntary	Voluntary
Legal/policy Basis (most recent amendment)	RA 4226 RA 9165 AO 0029 s2005	RA 7875	AO 17-B s2003	AO 172-C s2003	—	Authorization from DOH
Purpose of QA/QI instrument	Ensure safety Permit to operate Quality improvement	Participation to NHIP[*1] Quality improvement	Prerequisite for PHIC accreditation Quality Improvement	Quality Improvement	Quality Improvement	Requirement for DOH accreditation Quality improvement
Target facilities	**Licensing**: Hospitals and other health facilities (excluding medical and dental clinics, rural health units and Barangay Health Stations) **Accreditation**: drug testing laboratory, confirmatory drug testing laboratory, hospitals conducting kidney transplantation, OFW[*2] and Seafarer Medical Clinic	Hospitals, out-patient clinics including ambulatory surgical clinic, dialysis clinic, maternity clinic, anti-TB/DOTS centers, rural health units	Rural health units	DOH hospitals	Tertiary hospitals	Confirmatory drug testing laboratories, OFW and Seafarer medical clinics
References for QA/QI	AO 147 s2004, AO 0029 s2005	PHIC Benchbook	Sentrong Sigla Quality Standards List	Department Order	Training Manual for QA/QI	Quality Standards Systems
Quality assurance/ improvement activities	Desk review of document On-site evaluation	Desk review of document On-site evaluation	Desk review of document On-site evaluation, training and TA	Training Technical assistance	Training, TA, showcasing of QIactivities	Training, TA[*3], accreditation, certification review

凡例：[*1] NHIP = National Health Insurance Program
[*2] OFW = Overseas Filipino Workers
[*3] TA = Technical Assistance
出所：リーゼル医師作成。

３－４－２　品質改善計画の開発における背景・経緯、トリガーイベント、成功・促進要因

リーゼル医師はフィリピンで品質改善計画及びほかのイニシアティブの誘発要因（トリガーイベント）を「地方分権」、「必要性の認識」、「立法」と整理し、促進要因として「リーダーシップ」、「海外からの支援」、「品質保証プログラムの受容性」を挙げている。

しかし各内容を検討すると、品質改善の背景・経緯として「地方分権」、「立法」、さらに「全保健医療分野の品質管理の必要性」があり、トリガーイベントとして「必要性の認識」、「海外からの支援」さらに「海外からの要求」にあると思われる。また「リーダーシップ」、「品質保証プログラムの受容性」は成功・促進要因といえるであろう。よってリーゼル医師の報告をベースに以下のように整理した。

(1) 背景・経緯

１）地方への権限委譲（地方分権）

1992年の地方自治体ユニット（Local Government Units: LGUs）への保健医療サービスの権限委譲は、主要な保健医療施設の品質改善計画のトリガーの一つである。保健医療サービスがLGUsに委譲されたことによりリファレルシステムは分裂し、予防・治療の保健医療サービスが崩壊した。さらに健康サービスの質は、健康維持プログラム、特に予防ケアにおける資金不足、医療従事者のモラルの低下、設備の慢性的な不足、地方の薬の低品質及び不安定な供給などにより一層悪化した。保健省が品質保証プログラム（SSM）を開発するためにUSAIDからの技術援助を求めた際の状況である。前述のとおりQAPは、地方の保健医療施設によって提供される保健医療サービスの質を保証するための必要条件を示す主要な品質改善計画となった。

２）立法

共和国法7875（国民健康保険法）は、フィリピン健康保険公社の設立及びその一部である「品質保証研究及び政策開発グループ（QARPDG）」を含む様々な組織を設置するベースとなっている。この組織は保健医療供給者の品質保証に焦点を当てており、PHICの品質保証プログラムによって、以下の点が改善された。

①国民健康保険プログラム傘下の施設が、保険加入者に質の高い保健医療サービスを提供するために、医療従事者への適切なトレーニング及び信頼の確保。

②保健医療基準策定の促進。

③投薬や医学的処置が医療及び倫理的な標準に合致することの確認。

PHICは、品質保証プログラム（NQAP）の実施を通じて、法的な条件を整備してきた。このプログラムは、すべての認証された保健医療サービス供給者に適用可能であり、主な焦点は、不十分なサービス、不必要な診断・治療の介在、不合理な薬物使用、不適当なリファレルシステム、現在のガイドライン、治療手順からの逸脱及び未承認薬などに対して利用者の保護を行うためのモニタリング・システムを確立することと考えられている。

３）全保健医療分野の品質管理の必要性

同国の場合、公的医療サービスや病院サービスのみならず、すべての保健医療サービスの品質改善が求められていた。具体的には薬局・薬店のサービス、製薬工場の品質管理、医療機器、医療材料の品質管理などである。さらに海外への出稼ぎ労働者の多い同国にとっては労働者の健康面（質）が重要であり、その保証の一環として、健康診断の質も、品質管理の対象分野に

含まれる。

(2) トリガーイベント

1）必要性の認識

トリガーの一つは患者の要求に対応するための品質改善計画が必要となったことである。これは公立病院にとって特に重要であった。保健省傘下の病院は、日本の５Sプログラムの実施から始まり、各病院のイニシアティブに基づいた品質改善計画を個別に開発したが、保健省病院局長は、保健省病院の質プログラムのための雛形の必要性を感じ、そのための省令(310Js2001)、品質改善計画を確立する保健省運営委員会及び技術的なワーキンググループが設置された。この健康医療政策の論理的基礎は、保健省病院及び保健省に規制を受ける業種におけるサービスの質のベンチマークを提供する手続き及び標準の確立であった。近年、別部局の省令では、リーダーシップと参加経営、継続的な品質改良活動、リスク管理、報告・記録システム及び資金調達などを中核とした、保健省病院のCQIプログラムを計画するためのドラフト作成を開始している。

ほかに認識としては病院の許認可メカニズムを強化することがある。それは、PCAHOの設立という形で具現化された。PCAHOは、もともとは病院の許認可のために設立されたが、クリニックの認可も行っている。PSQuaは、保健医療供給者によって始められた品質改善計画の支援、制度化を促進するために組織された。

2）海外からの支援

不足する資源（人間と財源）に直面しているにもかかわらず、フィリピンの品質改善計画の開発は海外のドナーからの技術的・財政援助を得ることにより推進された。特に、SSM及びPCAHOの創設はUSAIDからの援助の成果である。他方、PHICはWHOの支援の下、EPQIを試行することができた。2003年、東北大学医学部の上原教授によりフィリピンに紹介されたEPQIは、病院の医療サービスの継続的な品質改善を促進すると期待されている。アジア生産性機構（APO）は、フィリピン開発アカデミー（Development Academy of the Philippines: DAP）を通じて、品質保証のトレーナーの訓練、保健セクターでベンチマークテストなどを通じてPSQuaを支援した。

3）海外からの要求

前述のとおり、海外への出稼ぎ労働者の多い同国にとって、その受け入れ先の要求は絶対である。その受け入れ先の要求を満たす形でクリニックの質管理、ひいては健康診断の信頼性が向上し、出稼ぎ労働者が健康であるという証明につながっている。

(3) 成功・促進要因

1）リーダーシップ

強いリーダーシップが、様々な品質保証、改良プログラムの実施、制度化の重要な要因であることが確認できた。保健省元次官補（Dr. Mercado） は、SSMを開発・促進し、Dr. Dayritはより広く、包括的な健康維持プログラムの質の強化を推進した。病院及び立法では、保健省次官補（Ms. Galon）が、保健省病院のための標準化された品質改善計画を推進した。クイリノ記念病院（Quirino Memorial Medical Center: QMMC）では、Dr. Arandiaが、病院によっ

て提供される保健医療サービスの改良、及び病院の品質改善計画の提案・推進におけるカリスマとみなされている。民間部門ではPSQuaとPCAHOの双方に属するDr. Marambaが、品質改善計画のオピニオンリーダーとみなされている。

２）品質保証プログラムの受容性

品質改善計画の実施及び継続を促進する別の要因は、保健医療供給者の受容性である。例えば、PHIC のベンチブック（Benchbook）の実施では、その前に品質改善計画を確立するために参照活用されていたので容易に受け入れられた。同様に、SSMの認証は開始後６年経っても強力に実施されている。現在、地方の保健ユニットあるいは保健センターの1,371（58%）の施設は、SSMによる認証がされており、さらに660（48%）の施設はPHICによって認証されている。さらにSSのレビューでは、SS評価直後とSS認証受領直後から、変化と改善が観察された施設が多数見受けられた。

３－４－３　品質改善計画の挑戦

しかしながら、さらなる品質改良イニシアティブの実施に向けた取り組みが必要である。これらは組織的な必要条件、品質方針の協調、質プログラムをはじめ、継続する保健医療供給者の準備など、幅広く検討する必要がある。

(1) 組織的な必要条件

保健医療サービスの質を改善する保健医療供給者の意識を高めることが初期の成果であるにもかかわらず、保健省とPHICは、両組織の強化及びキャパシティ・ビルディングが、品質改善計画の十分な施行への障害であると認識している。例えばPHICでは、標準作業を実施する専門家は、契約もしくはコンサルタントとして残る一方で、PHICの正規職員である彼らには、質ツール、プロセス及び品質保証プログラムの社会分析の能力開発が必要とみられている。

(2) 品質方針とプロセスの協調

フィリピンの品質改善計画の強さの一つは適切な政策策定である。しかしながら許可と認可の間の協調が必要であり、双方のプロセスの合理化が達成されることも必要である。例えば、PHICの認可政策の内容は保健省の免許政策と矛盾してはならず、SS及びPCAHOによって与えられたように重複せず、認証を補足する必要がある。現在、保健省とPHICは、地方保健ユニット（Rural Health Unit: RHU）及び保健センターのための個別の基準をもっており、別々の認可と承認を発行するため、医療施設を悩ませている。

同様に、誰でも保健医療の質向上に寄与するように、保健医療の質を促進する異なる機関及び

表３－15　Status of Sentrong Sigla Certification and PhilHealth Accreditation Programs for Rural Health Units and Health Centers(HCs), September 2005

Total Number of RHUs/HCs	2,835
Total Number of SS Certified RHUs/HCs	1,375
Total Number of Non-SS Certified RHUs/HCs	1,010
Total Number of PHIC Accredited RHUs/HCs	841
SS Certified Facilities with PHIC Accreditation	660
SS Non-certified Facilities with PHIC Accreditation	181

出所：DOH（2005）

組織の役割が定義され、一致する必要がある。例えば現在、PSQuaは、認可のため保健医療供給者にトレーニングを供給することができるが、同様にPCAHOは、認可されなかった供給者に技術援助を供給することができる。

(3) 保健医療供給者の準備

品質改善計画を採用する保健医療サービス供給者の準備として、プログラムを実施するために、プログラムについての知識、それを実行するための技術及び資源の有効性を検討する必要がある。現在、多くの保健医療サービス供給者、特に、小規模病院はPHICのBenchbook基準を実行する準備ができていない。SSプログラムを評価するために行われた研究では、SS認証施設の56%は、豊富な地方自治体ユニットの下にあり、品質改良努力に財政的援助をすることができるLGUにばらつきがあることを証明した。また財源の不足は、保健省傘下の病院の質プログラム実施における障壁の一つである。さらに財源不足は、品質規格を確立し更新するための研究実施において致命的である。

３－４－４　フィリピンにおける質改善計画の教訓

フィリピンの品質改善計画は比較的最近展開されているため、教訓はあまり得られない。しかし以下のような点は、ほかの途上国で行われる品質改善活動の参考になるであろう。

(1)「保健医療の質に関する政策は、その実施の明瞭な方向を提供する」

フィリピンの品質改良イニシアティブは、立法とガイドラインからPHICと保健政策までに及ぶいくつかの政策によって明確化され支援されている。これらの政策手段は保健医療供給者に明瞭な指示を与え、品質改善計画を実行する組織的な枠組みを示した。しかしながらこれらの政策の立案は、政策策定者と保健医療サービス供給者の間で十分なすり合わせなしで早急に実施された可能性がある。さらに政策の迅速な施行は、保健医療サービス供給者の準備が不十分であることから、逆に政策の施行を遅くするかもしれない。

(2)「インセンティブと品質改良のリンクによる推進の必要性」

SSのフェーズ１での経験は、インセンティブと品質改善計画がリンクしていれば、地方公務員や保健医療サービス供給者は品質改善計画をより容易に受理することを示した。SSMの評価では、調査対象の地方自治体の89.7%が、SSMにより医療従事者の88.1%が変化や改善を実感したことが認識されたことを示した。対照的に品質改良の必要条件が、認可条件に含まれているとき、供給者からの抵抗が観察された。これらの２つの教訓を考えれば、フィリピンの将来の品質改善計画は、健康保険のPHIC認可及び支払いとリンクする必要がある。

しかしながら、インセンティブは品質改善計画の最終目標ではない。保健医療の質の改善意識の増加とQIHPを実施する保健医療サービス供給者への動機付けが必要である。増加した患者へのサービスの充足、保健医療施設スタッフ間における改善されたモラル及び健康結果を改善する

表３－16　Hospital Bill Collection, 2002-2004

Year	Number of Patients	Income Collected $US	% Increase
2002	23,049	52,454,171.82	
2003	20,075	71,561,560.00	26.7%
2004	19,515	103,391,892.85	30.8%

出所：QMMC（2004）

ことなどである。

(3)「医療機関の間で品質改良イニシアティブを共有することは、品質意識を増加させる」

PSQuaによる年次大会によって、多くの教訓及び個々の施設の品質改良努力が学習され、共有された。この年１回のイベントは、保健医療セクターの品質改良意識を高める場を提供し、さらにそれらの品質改善計画を採用し実行するよう、多くの保健医療サービス供給者を勇気づける。

(4)「品質改良は、収入増加や資源の有効活用をもたらす」

各保健医療施設は、限られた財源の下、品質改善計画を開発した。例えばクイリノ記念病院（QMMC）では、拡張して改善されたサービスに加えて、患者の支払い能力を評価し、料金徴収を増加させた。さらに、支払い不可能な患者に対して、財政援助の申し込みに対する助言を行っている。表３－16は、病院収入の増加を示している。

(5)「保健医療の品質改良のためにコミュニティの意識を高めることは、高活用に結びつく」

SSMの実施を通じて、主要な保健医療施設の患者、NGO及びコミュニティ組織のリーダー、LGU職員において、保健医療サービス供給者の質が向上したという認識が強まった。SSMのインパクトを評価する研究では、46%の人が、質の高い保健医療サービスを求め、SSMで認証された医療機関を選ぶと回答した。

３－４－５　結論

フィリピンの保健セクターの品質改善計画の開発を促進した事象は、今後も存在し続けるだろう。地方自治体への権限委譲（SSMの開発の主要因）は、引き続き地方公務員が提供するように命じられている保健医療サービスの質を追求する機会であり、地方自治体に保健医療サービスの供給を移転した地方自治体法規は、効率的で適切な品質の地方保健医療システムを開発することを可能にする。保健省の技術指導の下、健康の質を促進するLGUが行う実施中のイニシアティブがある。他方では、QIHPの促進が強制されるし、保健省病院では品質改良の必要性を認識することが持続可能な活動のために必要である。もし組織のリーダーのみがQIHPの必要を感じている場合、リーダーが去れば、そのイニシアティブは持続しないかもしれない。立法と政策は、QIHPを開発し保持するための安定した圧力を与えるが、それが有効に働くためには立法や政策が周知されることが重要である。これらの政策が実施機関に与える強制力は、保健セクターのQIHPが保持されることを保証するのに十分と思われる。

現在、フィリピンの品質改善計画実施の環境は明るく、希望にあふれているが、過去数年のプログラムの成果は、遅く、不平等であるといえる。しかしながら、策定された政策及び計画された協調プロセスは、まだ結果（Outcome）には表れていない。より多くのリーダー及び保健医療の政策提案者が同調し、これらのプロセスと手順の実践、医療施設の改善のための適切な投資、質のプログラムの追跡と評価の実施を認識し、身に付ける必要がある。品質改善計画の評価は投入とプロセスが改善された結果として品質改善が生じたことを理解するために特に重大であり、次のサイクルへの教訓をもたらすであろう。

３－５　バングラデシュ

バングラデシュ保健省では保健医療分野のサービス改善にかかる政策として、「サービスの品質保証（QA）」と「クリニカル・ガバナンス（CG）のための戦略計画」を策定、実施中である。今回、その計画に携わっている保健省保健医療サービス総局のハサン氏（Dr. Hasan）に要点をまとめていただいた。バングラデシュにおける品質保証は1998年から開始されているが必ずしも効果を上げているとはいいがたい。現在は専門部局により積極的に実施されているが、まだその成果は表れていない。クリニカル・ガバナンスは現在構想段階であり、今後の実施が期待される。以下は、ハサン氏の報告概要である。資料編に同氏報告を添付したのであわせて参照されたい。

３－５－１　バングラデシュにおける品質保証プログラム

(1) 背景

品質保証プログラム（QAP）は、保健医療サービス総局の選任部長のリーダーシップの下、保健医療の品質を改善する支援活動として実施されており、すべてのレベルの保健医療サービスで質を維持するという保健省のコミットメントにおける重要課題である。保健・人口セクター・プログラム（Health and Population Sector Programme: HPSP）1998-2003の実施機関や、QAPは保健医療サービス総局長の下、品質保証室（Quality Assurance Cell: QAC）を形成し、すべてのレベル（社会、個人、NGO）の保健医療サービスの質保証を担っていた。その後、健康・栄養・人口セクター・プログラム（Health Nutrition and Population Sector Programme: HNPSP）2003-2010（進行中のプログラム）では、QAPが保健医療サービス総局の選任部長の指揮の下で活動を継続するよう提案され、実施されているという違いがある。

(2) 現在の状況

バングラデシュで提供される保健医療の質は「あまり良くない」と一般に信じられている。また全国的なサービス供給調査（SDS-CIET調査）によると、政府によって提供される健康と家族計画のサービスの質は「良くない」と評価されており、具体的には、医薬品の不足、長い待ち時間、貧弱なサービス、スタッフの不適切な姿勢などが挙げられている。

世界銀行のプロジェクト評価ドキュメント（2003）では、保健医療サービスに関して「薬の不足、長い待ち時間、貧困層に対するサービス・プロバイダーの不適切な対応」などが繰り返し示されている。貧しい人々は、後援関係（パトロン）なしではよい診察を受けることができず、女性は後援者と資源へのアクセスが限られるため最も影響を受ける階層である。

2005年のプロジェクト評価文書（Project Appraisal Document: PAD）では、保健医療サービスと医薬品のための質的量的な規制を強化するための現実的で実行可能な戦略を開発する必要が批判的に指摘されている。

現在の状況分析から品質の基本的な問題は「医薬品の不足、あるいは貧弱な保健医療サービスの質、スタッフの姿勢・不適切な振る舞い、待ち時間、待合室の不十分な座席数、非常に短い診察時間、プライバシーへの未配慮、医者の患者への振る舞い（の悪さ）、サービス供給者による弱者への不適切な振る舞い、不潔、無秩序なサービス」などである。

保健省としては、優先課題として上記の改善を挙げているが、必ずしも機能しているとはいえない状態である。

(3) 品質保証プログラムの戦略と今後

品質保証は、戦略実行計画（Strategic Implementation Plan: SIP）に従って、実行基準、モニタリング基準、規則遵守のサービス及び品質管理手段を通じ、人々のニーズに適切で高品質な保健医療サービスを提供することに焦点を当てている。そしてサービス改善の結果、不適切な診療時間の改善、医師やサービス・プロバイダーによる不適切な態度などが改善されるよう、品質保証活動はジェンダー差別、女性に対する暴力、障害者、老人やHIV/AIDS感染者など社会から疎外を受けている人に対しても責任をもつように基準を盛り込み、計画される必要がある。

よって、品質保証プログラムは貧困者への保健政策、保健医療サービスの不平等の削減、コミュニティや利害関係者の参加の重要性の強調などに非常に敏感である必要があり、国レベル・地方レベルを含め、すべての保健医療政策における戦略課題への支援的な役割を果たす必要があると考えられている。

バングラデシュでは、現在のところ品質保証（QA）プログラムが適切に機能していないように思われる。ハサン氏は、①標準処理手順（Standard Operating Procedure: SOP）の実行、②連続的な資源動員、③適切なモニタリング及び評価が実施されれば、同プログラムが機能すると考えているようである。ハサン氏は本プログラムの実施者の一人であり、今後、上記の事項がスムーズに実施されるよう検討している。

３－５－２　クリニカル･ガバナンス

バングラデシュ保健省はクリニカル・ガバナンス委員会を設置し、国内の病院にクリニカル・ガバナンスの導入を計画している。具体的には、①臨床の有効性、②臨床監査及び研究、③患者及び世論の参加、④教育、開発、⑤臨床リスクの管理を目指している。特に、①臨床の有効性にかかる報告書の提出と提言作成、②患者及び世論の参加委員会の設置、③リスク管理小委員会の設置を重点分野として挙げている。

現在はまだ行動計画の検討段階であるが、ハサン氏は、①院内の周知の有効な手段の確保、②病院の資源の有効活用とスタッフの教育、③クリニカル･ガバナンスの全国展開を主な留意点と考えている。

３－６　ザンビア

JICAによる技術協力プロジェクトである「ザンビア国ルサカ市プライマリ・ヘルスケア（PHC）プロジェクト・フェーズ２」では、保健センター（Health Center）の職員の能力向上の一環として５Sが実施された。今回、本プロジェクトの専門家として派遣された圓山専門家の報告に基づいて概略をまとめた。原文は資料編を参照のこと。

本プロジェクトは元来コミュニティ活動支援のためのプロジェクトであり、フェーズ２において、その上位行政機関である郡保健管理チームへの支援が加えられたが、その目的はあくまでコミュニティ活動への支援体制強化にあった。

ルサカ郡保健管理チームのカウンターパートとの協議の結果、問題点として、ザンビアでは郡レベルの戦略計画が存在しないため組織のビジョン、ミッションが明確でない。さらにマネジメント能力が弱いので計画があっても事業をうまく遂行できない、などが挙げられた。

そこでプロジェクトは、ルサカ郡保健管理チームと協議の上、この２点の改善に集中的に取り組むこととし、初年度は政策決定能力強化（戦略計画共同策定、及びそれに引き続く既存の行動

計画策定支援)、次年度は職場改善運動（５Sの導入）に取り組むことになった。

実際、日本から専門家を招へいして、2004年６月から７月の２ヵ月の間に、ルサカ郡保健管理チーム、保健センター職員に対して計26回の小グループセミナーを実施した。その結果、外来受付の混雑解消が６保健センター共通の課題として挙げられ、カルテの整理を行った結果、１日当たり４時間の時間の節約ができた。

３－６－１　背景

まず圓山専門家はザンビアのプライマリ・ヘルスケアの現状をSWOT分析[50]しており、「強み」として「保健省の地域医療推進への積極的な関与、ボトムアップによる保健計画の策定、郡レベルにおける計画策定を行うチームの確立」を、「弱み」として「保健計画の活動に具体性がない、計画遅延や実行中止が多い、会計システムの脆弱性、ボトムアップによる時間の浪費、地域ビジョンがない、整理整頓するという概念がない」などを、「機会」として「2004年10月に世界銀行主導の下、３ヵ年予算計画を策定、2004年、重債務貧困国終了段階（HIPC（Heavily Indebted Poor Country）Completion Point）をクリアしたので保健、教育分野への資金増強が期待できる」などを、「脅威」として「健康指標が非常に悪い、ドナーへの依存、ボランティアに依存、資源（人的、物的）の絶対的不足」などを挙げている。

またザンビアの保健医療サービスの質に関する取り組みは、保健省内に1996年に中央保健審議会（Central Board of Health：CBoH）が発足し、CBoH内のモニタリング・評価局が品質保証プログラムを担っている。同プログラムでは保健医療サービスの標準化を通じた質保証を目指しているが、基礎的な薬剤や資機材が確保されていないため、現実にはほとんど機能していない。

保健センターレベルの質のチェックは、四半期ごとにチェックリストを基に実施されているが課題に対するフォローはされていない。

３－６－２　PHC プロジェクト・フェーズ２における５S導入

本プロジェクトでは、「ザンビアでは郡レベルの戦略計画が存在しないため組織のビジョン、ミッションが明確でなく、毎年同じことの繰り返しが多い上、成果が上がらない。さらにマネジメント能力が弱いので計画があっても事業をうまく遂行できない」という課題の改善に取り組むこととし、初年度は政策決定能力強化（戦略計画共同策定、及びそれに引き続く既存の行動計画策定支援)、次年度は職場改善運動（５Sの導入）に取り組むことになった。

そして日本からの専門家を招へいして、2004年６月から７月の２ヵ月の間に、ルサカ郡保健管理チーム、保健センター職員に対して計26回の小グループセミナーを実施した。各保健センターから平均４人の参加があった。保健センターごとにチームをつくり、保健センターごとに改善計画書を作成した。改善計画書は四半期ごとに見直しをした。

まず外来受付の混雑解消が６保健センター共通の課題であったため、この問題に取り組んだ。来訪頻度の多い当該年度カルテを受付の一番近くに配置するなどカルテの整理を行った結果、それまで一人のカルテを出すために２分から５分かかっていたのが、平均20秒程度で出せるようになった。どの保健センターも一日200～300人の外来患者が訪れるので、少なくとも１日当たり４時間の時間の節約ができた。これがきっかけで、事務的ファイルの整理、患者用保管庫の整理、薬のラベルを明確にする、床を定期的に磨く、外来患者受付前の庭に花を植える、など保健セン

[50] 現状分析のための手法の一種で、内部環境を強み（Strength）と弱み（Weakness)、外部環境を機会（Opportunity）と脅威（Threat）の視点で分析する。

ターで種々の取り組みが行われるようになった。

５Sはボトムアップの活動とはいえ、そのスムーズな導入・展開にはトップレベルからのコミットメントが欠かせない。ルサカ郡における５S導入のきっかけは、ルサカ郡保健管理チームのナンバー２、計画開発マネジャー（Manager Planning and Development: MPD）（医師）の弱体化した職員のマネジメント能力強化を図りたいという強い要望であった。ワークショップ開始後はワークショップを受講したルサカ郡保健管理チームのディレクターがその場で５Sに全面的に協力する旨、参加者の前で表明し、またルサカ郡保健管理チームの毎週の定例会において、全員で５S推進を進める旨、繰り返し説明したことは５S活動の浸透に非常に大きな力となった。

また全員参加が建前の５S活動では、５Sの周知は重要である。2,000人近くいるルサカ郡保健管理チームの全職員というわけにはいかなかったが、招へいした５S専門家が２ヵ月の間に計26回の５Sミニワークショップを開催し、その意義、実施方法などを丁寧に説明したのは大きかった。これによって、当地に５Sという言葉が浸透した。

さらにかなりの割合の職員が仕事熱心であったため、方法さえ示せば、５Sの意義をよく理解してあちこちに応用していったのも、５Sの受け入れが進んだ理由である。

こうみてくると、５Sの定着にはやはりトップからのコミットメント及び現場職員のやる気が相乗効果を生んでいることがわかる。裏返せば、５S推進にはここに留意し運動を展開していけばよい。

３－６－３　課題

上記のように同プロジェクトにおける５Sの導入は成功し大きな成果を生み出しているといえるが、圓山専門家はザンビアの保健医療サービスの質改善に関して以下のような課題を挙げている。

①質の追求より量拡大の必要性
②国家保健医療サービス品質計画（National Health Care Quality Plan）の必要性
③医療情報の未整備
④人材育成計画の未整備
⑤コミュニティ支援体制の脆弱性

要するに医療資源の絶対的不足と、課題への対応力の欠如といえよう。そのような状況における５Sは、保健医療分野の臨床的側面へのアプローチではなく、サポート業務へのアプローチであったことが成功の要因と考えられる。医療資源の不足に左右されない業務に対して、改善が目に見える形で示されたことにより、継続へのインセンティブが生まれたのではなかろうか。